KARINE PAOLA FREITAS

EMPREENDEDORISMO SOCIAL:

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NA ÁREA DA REABILITAÇÃO TÓXICA

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Vila Real, 2010

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Departamento de Economia, Sociologia e Gestão

Empreendedorismo Social:

Um Estudo Exploratório na Área da

Reabilitação Tóxica

De:

Karine Paola Freitas

Orientadora:

Professora Doutora Carla Susana Marques

Vila Real, 2010

Este estudo foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo apenas foi possível graças ao contributo das várias entidades que se disponibilizaram a englobar o estudo e às quais queremos agradecer:

À Professora Doutora Carla Susana Marques pela orientação desta tese, pela prontidão, disponibilidade empenho, apoio e amizade demonstrado em relação a mim e à investigação decorrida.

Às quatro clínicas/ Comunidades Terapêuticas onde foi aplicado o estudo que se disponibilizaram em responder às entrevistas.

Por último queremos demonstrar o nosso agradecimento e carinho a todas as pessoas próximas que assistiram à realização da investigação (familiares, amigos e colegas de profissão) pelo incentivo, tolerância e paciência demonstrados incondicionalmente.

A todos o nosso profundo e reconhecido obrigado.

RESUMO

Na sociedade actual, as verbas disponíveis para investir no sector social são cada vez mais controladas e consequentemente mais escassas.

O sector público é o responsável pelo bem-estar físico e social de todos os habitantes, porém, as necessidades a suprir são também cada vez mais abundantes pelo que emerge a necessidade de criação de organizações na área do Terceiro Sector de modo a dar resposta aos problemas sociais emergentes.

A Toxicodependência apresenta-se como um dos problemas sociais mais importantes na Comunidade tanto no que diz respeito a questões de saúde pública (por comportamentos de risco associados ao consumo), como de saúde mental (que podem surgir como efeito secundário do consumo), como de saúde emocional (afectando todas as relações do consumidor), como financeiro (criminalidade relacionada com a obtenção de financiamento para o consumo).

As instituições que se dedicam ao tratamento deste problema surgem das mais variadas formas mas sempre controladas pelo IDT (órgão regulador em Portugal), podendo ser públicas ou privadas e dentro destas últimas com ou sem fins lucrativos – clínicas particulares ou IPSS respectivamente.

Este estudo surge no contexto de estudar este tipo de instituições, no que diferem, se diferem em alguns aspectos, quais as suas dificuldades no mercado, que contributo efectivo trazem ao nosso país, entre outras questões pertinentes.

Por outro lado, pretende traçar-se o perfil dos responsáveis das instituições de modo a analisar se os seus objectivos se baseiam apenas no bem-estar social ou se também apresentam objectivos financeiros tanto ou mais marcados que o anterior.

Depois de analisadas as entrevistas realizadas, com recurso à análise de conteúdo e com a utilização do software Atlas Ti, é possível traçar o perfil dos empreendedores que se demonstraram totalmente sociais porém, em alguns casos, com alguma finalidade financeira/ comercial. Quanto às condições de cada uma das instituições verificando-se uma semelhança significativa entre todas elas tanto a nível de condições físicas como de tratamento, diferenciando-se apenas por alguns pormenores que, porém, se revelaram significativos na qualidade da mesma.

Palavras-chave: Empreendedorismo social; instituições, toxicodependência.

ABSTRACT

In today's society, the money available to invest in the social sector is increasingly controlled and consequently scarcer.

The public sector is responsible for the physical well-being and social advancement of all inhabitants, however, needs to meet are also becoming more abundant by the emerging need to establish organizations in the area of the Third Sector in order to respond to emerging social problems.

The Addiction presents itself as one of the most important social problems in the Community as regards both the public health issues (for risk behaviors associated with consumption) and mental health (which may arise as a side effect of consumption), as emotional health (affecting all the relationships the consumer) and financial (crime related to obtaining financing for consumption).

The institutions that are dedicated to treating this problem arise in many different forms but always controlled by the IDT (the regulatory agency in Portugal) and may be public or private and within the latter with or nonprofit - private clinics or IPSS respectively.

This study appears in the context of studying this type of institutions, where they differ, if they differ, which are their difficulties on the market, which is the real contribution they bring to our country, among other relevant issues.

On the other hand, intends to set up the profile of the heads of institutions in order to examine whether their objectives are based only on social welfare or if they have financial objectives as much or more marked than the last ones.

After analyzing the interviews using the content analysis and the Atlas Ti software it is possible to trace the profile of entrepreneurs who have demonstrated totally social but in some cases, with some purpose financial / commercial. The conditions of each institution verifying significant similarity among all of them in terms of both physical conditions and treatment, differing only by some details which, however, proved to be significant in quality.

Key words: Social entrepreneurship; institutions, addiction.

ÍNDICE

I – MOTIVAÇÃO E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO 1

1.1 – ENQUADRAMENTO, PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO 3

II – EMPREENDEDORISMO SOCIAL: DEFINIÇÕES, ACTORES, ... 7

2.1 – EMPREENDEDORISMO SOCIAL 9

2.1.1 – Perspectiva Americana do ES versus Perspectiva Europeia do ES 11

2.1.2 – Factores fulcrais do ES 11

2.2 – EMPREENDEDORISMO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 13

2.3 - O EMPREENDEDOR SOCIAL 16

2.3.1 - Análise do conceito 16

2.3.2 - Análise do Empreendedor Social 19

2.3.3 - Empreendedor Social versus Empreendedor Comercial 21

2.4 – AS ORGANIZAÇÕES PARTICULARES 24

2.5 – A TOXICODEPENDÊNCIA 30

2.6 – AS RESPOSTAS EXISTENTES 37

III – MODELOS DE INVESTIGAÇÃO E PROPOSIÇÕES 43

3.1 – MODELO DE INVESTIGAÇÃO E PROPOSIÇÕES 45

3.1.1 – Considerações iniciais 45

3.1.2 - Síntese da Revisão da Literatura 45

3.1.3 - Modelo de Investigação 48

3.1.4 - Proposições de Investigação 48

IV – METODOLOGIA 51

4.1 – OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO **53**

4.2 – LOCAL DA PESQUISA **54**

4.3 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO **55**

4.4 – ESTRATÉGIA DA PESQUISA **56**

4.5 – COLHEITA DE DADOS **57**

4.6 – ANÁLISE DE DADOS **59**

V – CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES **65**

5.1 – AS IPSS DE 1ª LINHA **67**

5.2 – AS IPSS DE 2ª LINHA **69**

5.3 – AS CLÍNICAS PRIVADA **71**

5.3.1 – Clínica Privada do Distrito de Braga **71**

5.3.2 – Clínica Privada do Grande Porto **73**

5.4. COMPARAÇÃO ENTRE AS 3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS **75**

5.4.1 – Pré-Internamento 75

5.4.2 – Intra-Internamento 76

5.4.3 – Pós-Internamento 77

5.5. CONCLUSÕES **79**

VI – ANÁLISE DE CONTEÚDO **81**

6.1 – ANÁLISE DE CONTEÚDO **83**

6.1.1 – Conceitos-base acerca da Instituição 83

6.1.2 – O empreendedor 84

6.1.3 – Projecção da Instituição na Sociedade 85

6.2 - PERFIL DOS EMPREENDEDORES **87**

6.2.1 – Perfil do Empreendedor P1 87

6.2.2 – Perfil do Empreendedor P2 87

6.2.3 – Perfil do Empreendedor P3 87

6.3 – CONCLUSÕES **89**

VII – REFLEXÕES E RECOMENDAÇÕES **91**

7.1 – CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO **93**

7.2 - LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO **95**

7.3 – SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES **96**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **97**

ANEXOS **109**

ANEXO A: Questionário ao Director **109**

ANEXO B: Questionário ao Coordenador Técnico **113**

ANEXO C: Entrevista P1 ..... **120**

ANEXO D: Entrevista P2 ..... **127**

ANEXO E: Entrevista P3 ..... **141**

ANEXO F: Entrevista com o Responsável Técnico da CPP **151**

ANEXO G: Entrevista com o Responsável Técnico da CPB **160**

ANEXO H: Entrevista com o Responsável Técnico da IPSS de 1ª Linha **179**

ANEXO I: Entrevista com o Responsável Técnico da IPSS de 2ª Linha **191**

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Critérios de Diagnóstico para abuso de substâncias 32
Figura 2.2 - Critérios específicos de Diagnóstico para dependência de substâncias 33
Figura 2.3 - Rede externa de suporte ao tratamento 39
Figura 2.4 – Modelo de intervenção e acompanhamento 41
Figura 2.5 - Modelo de intervenção e acompanhamento – articulação gestor de caso com emprego, saúde e acção social entre outras respostas 42
Figura 3.1 - Lei de Bases da Saúde 46
Figura 4.1 - Matriz analítica da entrevista com os directores das Instituições 58
Figura 4.2 - Tela de Trabalho do Atlas ti 60
Figura 4.3 – Categorias 61
Figura 4.4 – Conceitos-base acerca da Instituição 62
Figura 4.5 – O empreendedor 62
Figura 4.6 – Projecção da Instituição na Sociedade 63

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 – Principais Características dos Empreendedores..... 18
Quadro 2.2 – Comparação entre o papel social e comercial dos diferentes empreendedores..... 22
Quadro 2.3 – Resumo das 3 escolas de pensamento do ES..... 23
Quadro 4.1 – Caracterização dos Directores das Instituições..... 55
Quadro 4.2 – Caracterização dos responsáveis técnicos entrevistados..... 55

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

CAT – Centro de Atendimento ao Toxicodependente

CIAC - Centros de informação e acolhimento

CPB – Clínica Privada de Braga

CPP – Clínica Privada do Porto

CRATO – Centro de Recuperação do Alcoolismo e Toxicodependência

CRI – Centro de Resposta Integradas

EMES - European Research Network

ES – Empreendedorismo Social

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

MGD - Millennium Development Goals

NIDA – National Institute on Drug Abuse

NWDA - North West Development Agency

OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

P1 – Director da Clínica Privada do Distrito do Porto

P2 – Director da IPSS de 1ª Linha

P3 – Director da IPSS de 2ª Linha

PORI - Programa Operacional de Respostas Integradas

SPTT - Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

1ª – Primeira

2ª - Segunda

n.º - Número

p. – Página

s/d – Sem data

CAPÍTULO I

Motivação e Objectivos da Investigação

1. 1. ENQUADRAMENTO, PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A cada dia que passa é mais evidente a necessidade de criação de organizações na área de Terceiro Sector, isto é, dedicadas especialmente a problemas sociais ou até ao nível do entretenimento social. Indo de encontro a tal facto, Ferreira, Santos & Serra (2008) definem empreendedorismo como o processo de formar potenciais empreendedores de modo a aproveitar as oportunidades, procedendo a um vasto conjunto de alterações culturais, politico-legais, de infra-estruturas e institucionais, induzindo comportamentos que favoreçam a inovação, as melhorias dos processos, dos serviços e dos produtos, acelerando o processo de modernização e fomentando o desenvolvimento económico.

Dentro da vasta área do Empreendedorismo, existe o chamado empreendedorismo de cariz social, que remete para a possibilidade da criação de entidades sem fins lucrativos ou a associação de actividades de natureza social a organizações públicas ou privadas. Roberts & Woods (2005), afirmam que a prática do Empreendedorismo Social (ES) sempre existiu, porém, segundo Nicholls (2008), apenas desde há onze anos é que se tornou tema de discussão e estudo mais profundo sendo que, o próprio conceito nunca tinha sido usado antes dos anos 90, altura em que surgiu com força na Europa através da *Emergence of Social Enterprises in Europe* (EMES). Como tal, e segundo Stryjan (2006), Sullivan & Weerawardena (2003), nos últimos anos, o ES tem sido alvo de um crescente reconhecimento público assim como dos investigadores.

Segundo Mair & Martí (2006), o ES envolve três elementos fulcrais – oportunidades, empresas individuais e engenho. Como tal, pode ver-se o mesmo como um processo que cria valor combinando recursos de um novo modo, encontrando oportunidades no mercado social passíveis de criar valor oferecendo serviços e/ou produtos diferentes ou necessários, podendo ou não, envolverem a criação de uma nova empresa (Seelos & Mair, 2005).

O empreendedor social por sua vez, é no global definido como um indivíduo que cria valor social através da gestão empresarial sem, porém, tirar lucro disso (Bacq & Janssen, 2008). Direccionando esta definição para a perspectiva europeia, a sua

função é identificar problemas na sociedade e encontrar novas formas, inovando, de colmatá-las (Ashoka, 2004). Assim sendo, e segundo Defourny (2001), o ES é fundamentalmente orientado para os valores da comunidade, sendo considerado algo colectivo e não individual.

Baseados nestes elementos, tem-se verificado em Portugal, uma aposta nesta área. O Estado tem organizações públicas direccionadas para a sociedade porém, indivíduos empreendedores também têm criado organizações na área do Terceiro Sector, umas com fins lucrativos - como é o exemplo das clínicas privadas; e outras sem fins lucrativos - como são o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Com estas três variedades de organizações, a sociedade vê o seu leque de opções alargado tornando-se, também, mais informada e exigente. Tendo em atenção o exposto anteriormente, colocam-se as seguintes questões: (i) que contributo o ES fornece à nossa sociedade?; (ii) que tipo de Respostas Sociais encontramos em Portugal?

De modo particular neste estudo, pretendem estudar-se as organizações sociais que vão de encontro ao resolver de um problema social muito importante e presente – a toxicodependência.

"Por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoactivas tornou-se o foco de atenção dada a dimensão que adquiriu seu impacto na sociedade moderna" (Ferreira-Borges & Filho, 2004: p. V). A maior consequência do consumo de drogas de modo continuado é a toxicodependência. Esta 'doença', além de problemas físicos, psicológicos, familiares e financeiros para o próprio, trazem implicações sociais e a nível sanitário para todo o estado.

A toxicodependência surge assim como um problema da sociedade actual com implicações para os doentes mas também para as famílias (de modo directo) e, para todo o meio social (de modo indirecto). Dado isto, existe claramente uma necessidade de criação de serviços para o tratamento desta doença. Os organismos públicos surgiram numa primeira linha, mas dado o elevado número de casos, começaram a surgir também empresas privadas, umas com e outras sem fins lucrativos (como é o caso das IPSS).

Apresentam-se assim os objectivos para a elaboração deste estudo (1) Conhecer a realidade de quatro empresas particulares, duas com e uma sem fins

lucrativos; (2) Comparar as respostas sem fins lucrativos com as que visam o lucro; (3) Analisar o perfil dos empreendedores de três das quatro instituições.

Os estudos existentes acerca do ES na área da saúde são ainda em número muito reduzido e no que diz respeito à subárea da toxicodependência, inexistentes. Como tal, nesta característica incide a mais-valia deste estudo, isto é, um estudo pioneiro na questão do empreendedorismo social na área da reabilitação tóxica.

De modo a esclarecer a presente investigação, foi dividida em sete capítulos: motivação e objectivos da investigação, revisão da literatura, metodologia de investigação e respectivas proposições, explicitação da investigação, caracterização das organizações, análise das entrevistas aos directores e conclusões e limitações do estudo:

O primeiro capítulo apresenta-se como uma introdução do estudo em si com respectiva motivação e objectivos intrínsecos.

No segundo capítulo é feita uma revisão da literatura acerca do empreendedorismo e da reabilitação tóxica relativa ao estudo em si e subdividida em várias partes:

a) No primeiro subcapítulo aborda-se o "Empreendedorismo Social" expressando-se várias versões acerca do tema comparando-se a perspectiva americana da europeia e factores fulcrais presentes no mesmo;

b) No segundo subcapítulo cingido ao tema do "Empreendedorismo e Desenvolvimento Sustentável" são apresentadas as principais teorias acerca do tema;

c) No terceiro subcapítulo é apresentado o "Empreendedor Social" definindo o mesmo segundo vários autores e diferenciando-o do Empreendedor Comercial;

d) No quarto subcapítulo, "As Organizações Particulares" explicitando as suas diferentes formas de apresentação e actuação dentro da sociedade,

e) No quinto subcapítulo é abordado o tema da toxicodependência analisando a sua definição;

f) No sexto e último subcapítulo, são analisadas "As respostas existentes" acerca desta temática no nosso país.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia de investigação e respectivas proposições realizadas na investigação.

O quarto capítulo trata da explicitação do objecto de investigação, local da pesquisa, caracterização da população estudada, estratégia da pesquisa, colheita de dados e respectiva análise.

No quinto capítulo apresenta-se a caracterização das 4 Instituições estudadas segundo as entrevistas realizadas a coordenadores técnicos das mesmas.

No sexto capítulo apresenta-se a análise das entrevistas aos directores das 3 Instituições possíveis efectuado com a ajuda do software Atlas ti.

No sétimo e último capítulo são apresentadas as conclusões do estudo realizado e limitações do mesmo.

CAPÍTULO II

Empreendedorismo Social:

DEFINIÇÕES E ACTORES

2.1. EMPREENDEDORISMO SOCIAL

O empreendedorismo é algo que existe em termos gerais, isto é, existe numa sociedade e entre as pessoas e, como tal, pode ser expressa de inúmeras formas, até mesmo aparentemente ocultas (Peterson, 1981). Por sua vez, o ES é um termo usado para descrever abordagens inovativas que resolvem problemas sociais (Desa, s/d). Segundo Bacq & Janssen (2008) é antes de mais um fenómeno complexo e muito abrangente sendo que as empresas que se dedicam a este tipo de investimento social têm atraído grande interesse na última década por todo o mundo numa perspectiva política em particular, mas também como um novo contexto para o estudo do empreendedorismo (Mair 2006). De um modo generalista, pode ser definido como a utilização de processos empresariais mas com fins sociais (Parkinson & Howorth, 2008).

Nos últimos 25 anos do século XX, o empreendedorismo tornou-se um modelo para a introdução do pensamento inovador, para a reorganização das empresas, para o trazer da mudança nas configurações e nos espaços a que estavam confinadas as empresas e, por conseguinte, para a transformação social. Através dele, a visão do comércio em geral deixou de ser vista como simples, com objectivos económicos de unidade tornando-se antes complexa (Steyaert & Katz 2004).

O empreendedorismo é visível em variadas situações na sociedade - empresas com e sem fins lucrativos, governamentais e privadas, culturais, sociais e comerciais – sendo que a principal diferença se encontra na hierarquia e na base discursiva do mesmo dentro destas várias facetas (Steyaert & Katz, 2004).

Os muitos estudos já existentes acerca do ES na última década (Gartner, 2001) e os debates que se realizam acerca desse assunto (Davidsson, Low & Wright, 2001) focam a sua atenção em seis áreas específicas: o empreendedorismo como função económica (Cantillon, 1775, Knight, 1921), o empreendedorismo como inovação (Shumpeter, 1935), o empreendedorismo como organização (Gartner, 1993, 2001), o empreendedorismo como criação de valor social (Bruyat, 1993; Bruyat & Julien, 2001), o empreendedorismo como reconhecimento da oportunidade (Venkataraman,

1997; Shane & Venkataraman, 2000; Shane, 2003) e, o empreendedorismo em termos comportamentais (McClelland, 1961; Carland et al., 1988; Aldrich & Zimmer, 1986).

Sendo assim, os diferentes grupos de investigadores existentes sobre o tema, têm também diferentes definições sobre o ES. Um primeiro grupo define o ES como uma iniciativa sem fins lucrativos em busca de estratégias de financiamento ou sistemas de gestão alternativas para criar valor social (Austin, Stevenson & Wei-Skiller, 2006; Boshee, 1995). Um segundo grupo define o ES como uma obrigação social por parte das empresas que se encontram envolvidas em parcerias intersectoriais (Sagawa & Segal, 2000; Waddock, & Graves 1997). E, um terceiro grupo define o ES como um meio para aliviar os problemas sociais e catalisar as transformações sociais (Alvord & Letts, 2004; Ashoka Innovators, 2000; Seelos & Mair, 2005). O único consenso parece então ser sobre o que o empreendedorismo não é: uma entidade estática que preserva indivíduos de elite com traços de personalidade ou características especiais (Shane & Venkataranam, 2000; Busenitz *et al*., 2003; Fletcher, 2006).

Diferentes investigadores abordam a questão do ES de diferentes formas. Uns consideram-no como o responsabilizar-se por um negócio já existente (e não o criar de uma nova empresa) através de uma abordagem inovadora com o objectivo de fornecer serviços à comunidade (Pomerantz, 2003). Outros defendem-no antes como um processo que cria valor combinando recursos de um novo modo, encontrando oportunidades no mercado social, oferecendo serviços e/ou produtos diferentes e necessários, podendo, ou não, envolverem a criação de uma nova empresa (Seelos & Mair, 2005).

Mair e Marti (2004), generalizando o anteriormente referido, defendem que todos os empreendimentos empresariais contêm uma vertente social e uma componente económica sendo que o que as diferencia são apenas as perspectivas e prioridades de cada uma. Segundo eles, qualquer definição de ES deve reconhecer as empresas sociais como um conjunto de indivíduos ou grupos que têm a capacidade de criar um valor significativamente maior num curto período de tempo e, assim, contribuir de modo diferente e inovador para o crescimento e importância da empresa em que estão envolvidos. O ES é, assim, definido não de modo individual mas colectivo, sendo influenciada pela cultura e meio envolvente.

2.1.1 Perspectiva Americana do ES versus Perspectiva Europeia do ES

Vendo o ES de um ponto de vista temático é possível identificar três temas correntes na literatura existente - o primeiro centra-se no indivíduo (no empreendedor); o segundo centra-se no processo; e, o terceiro incide sobre o tipo de organização criada. Ao comparar-se as literaturas americanas e europeias, verificou-se também, que ambas concordam com o facto de o principal objectivo do ES ser a criação de valor social. No entanto, podem distinguir-se claramente num ponto fulcral - enquanto na Europa o papel central é desempenhado pelas políticas públicas e pelos princípios democráticos, nos Estados Unidos da América (EUA), caracteriza-se pela abordagem independente do governo em relação ao ES (Bacq & Janssen, 2008). Este facto mostra-nos que o empreendedorismo não é um conceito unitário ou estático, mas sim algo que existe independentemente da localidade onde ele emerge (Steyaert & Katz 2004).

Nos EUA, os estudos desenvolvidos pelas comunidades académicas resumem-se basicamente a 2 Escolas: *The American Social Innovation School* e *The American Social Enterprise School*. A primeira baseia o estudo do ES no descobrir e desenvolver de novas e melhores maneiras de resolver problemas e/ou satisfazer necessidades sociais; a segunda, baseia o processo no convencer/recrutar de novas gerações no desenvolver de missões sociais (Dees & Battle, 2006).

Enquanto isso, na Europa, o ES é visto de modo diferente tanto a nível de conceito como a nível de legislação. O conceito foi definido pela *British Department of Trade and Industry*, pela *Organisation for Economic Co-Operation and Development* (OECD) e pela *European Research Network* (EMES) e a legislação foi definida pelos governos nacionais de modo a estabelecer normas claras sobre o que uma Empresa Social deve ser, tendo, como já foi referido, um papel central no processo (Bacq & Janssen, 2008).

2.1.2. Factores fulcrais do ES

Enquanto o objectivo central da iniciativa empresarial é a obtenção de retornos económicos, isto é, o lucro; o principal interesse ao criar uma empresa social é o de

criar valor acrescentado e social, do qual vão usufruir os beneficiários que não têm meios para pagar o custo integral dos serviços por ela prestados sendo que apenas uma variável pode ser definida como condição necessária - a total dedicação tanto para o sucesso do empreendimento como para a rede social do mesmo (Christie & Honig, 2006).

Shane (2003) sugere que o empreendedorismo ocorre no saber do indivíduo e no sentido de oportunidade, aproveitando o tema da vigilância e da oportunidade (Kirzner, 1973). Outros destacam o processo de empreendedorismo enfatizando a criação, organização e desenvolvimento de um empreendimento como englobantes do empreendedorismo (Gartner, 1988). Mais recentemente, estudos têm-se baseado mais em factores sociais, culturais, históricos e estruturais (Jones & Spicer, 2005) e numa abordagem emergente baseada em sociologia económica e empresarial (Zafirovski, 1999).

O conceito de empreendedorismo envolve-se assim numa perspectiva cultural, permitindo estudar o empreendedorismo empresarial através de discursos entre o social e o simbólico, o textual e o discursivo, o antropológico e o literário. Empreendedorismo é então, um processo cultural que se baseia numa mistura de discursos desenvolvidos, efectuando-se posteriormente uma leitura complexa do diálogo polissémico do mercado (Lavoie & Chamlee-Wright, 2000).

Covin e Slevin (1991), através da execução de várias análises a nível das empresas, reuniram material que lhes permite afirmar que o empreendedorismo engloba quatro factores fulcrais: o saber, a pro-actividade, a gestão de riscos e a inovação. Por sua vez, Mair & Martí (2006) defendem que o ES envolve apenas três elementos fulcrais – oportunidades, empresas individuais e engenho.

As múltiplas variações que surgem no empreendedorismo - sociais, culturais, cívicas, ecológicas, etc., criam esforços empresariais redireccionando ou até mesmo criando empresas que visam determinados grupos de cidadãos (muitas vezes chamados como os mais desfavorecidos), numa sociedade que se torna simultaneamente transformada. O empreendedorismo surge assim como uma actividade muito menos privada e muito mais como uma táctica quotidiana na cena pública (Steyaert & Katz, 2004).

2.2 EMPREENDEDORISMO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

O ES surge por diversas razões, sendo as principais, a sua influência sobre o desenvolvimento económico e a sua capacidade para suprir necessidades sociais para as quais não existem respostas suficientes na actualidade (Freyman & Richomme-Huet, s/d).

O desenvolvimento sustentável das sociedades é definido pela *World Comission on Economies Development* (1987) como a capacidade de desenvolvimento de modo a suprir as necessidades da sociedade actual sem comprometer as gerações futuras de virem a suprir as suas próprias necessidades.

Em pontos gerais, o desenvolvimento sustentado é interpretado em quatro dimensões: (1) Ecológica (que supõe a manutenção do ambiente natural através de um uso mais eficiente dos recursos naturais e diminuição da produção de resíduos); (2) Económica (que defende a sustentabilidade económica com o pensamento optimizado da distribuição de bens e serviços); (3) Social (defendendo uma redistribuição da riqueza proporcionando oportunidades iguais para todos. Dizendo essencialmente respeito às áreas do emprego, saúde, educação e participação na sociedade); e, (4) Cultural (valorizando e protegendo as várias entidades culturais) (Daly, 1991).

Em Setembro de 2000, de modo a atingir o desenvolvimento sustentável para todos, foi criado a *United Nations Millenium Declaration* em que todos os países se comprometeram a fazer o possível para erradicar a pobreza, promover a dignidade e a igualdade humana, alcançando a paz, a democracia e a sustentabilidade ambiental. De modo a operacionalizar a declaração, foram criados objectivos – *Millennium Development Goals* (MGD's) – a atingir até 2015 nos quais se encontram incluídas áreas como a Saúde, a Educação e a Qualidade Ambiental (Seelos & Mair, 2005).

Indo de encontro ao referido, e notando-se já um alcançar dos objectivos, observa-se em vários locais e espaços a presença do empreendedorismo - no sector da saúde (De Leeuw 1999), no sector informal do Terceiro Mundo (Morris *et al*., 1996), na ecologia e na sustentabilidade (Pastakia 1998, Larson 2000, Albreeht 2002), nas organizações não-governamentais de desenvolvimento (Fowler 2000), no espírito

cívico (Henton et al 1997), na educação e nas universidades (Feldman 2001), na arte e cultura (Lavoie & Chamlee-Wright 2000), nas cidades (Hall & Hubbard 1998, Acs 2002), no sector "de rápido crescimento" de empresas sociais (Quarter, 2000), isto é, no empreendedorismo social (Leadbeater 1997, Wallace 1999).

Ao analisar-se o relatório da OECD referente a 1998, observa-se uma abordagem essencialmente económica do empreendedorismo, em que se define o empreendedorismo como crucial para o funcionamento das economias de mercado e os empreendedores, como agentes de mudança e crescimento numa economia de mercado. No relatório da Comissão Europeia ao Conselho de Ministros, observa-se também uma crença de que o lugar da Europa como potência económica depende dos seus futuros empreendedores e da competitividade das suas empresas, com a criação de um slogan que incentiva o apostar no empreendedorismo com vista a objectivos futuros (Reynolds *et al*., 1999).

Christie & Honig (2006) defendem que as partes interessadas em ES incluem líderes comunitários, líderes de organizações sem fins lucrativos, usuários/utentes, dirigentes institucionais e empresários em geral, considerando-no assim como essencial, pois cada vez mais, organizações não-governamentais, organizações sem fins lucrativos, empresas empreendedoras, governos e órgãos públicos reconhecem a importância do ES estratégico para o desenvolvimento de classe mundial de serviços competitivos.

As principais literaturas sobre o ES baseiam-se nas conexões entre este e as privatizações (Lloyd & Mason, 1984; Nolan, 2003; Haywood & Nicholls, 2004; Southern, 2006), em especial em termos de política de regeneração e desenvolvimento económico. Como tal, o incentivo das empresas sociais é visto como um dos eixos centrais das estratégias de desenvolvimento regional no Reino Unido, particularmente nas áreas de desprivatização, de modo a obter um desenvolvimento sustentável (Johannisson 1990). Os actores do empreendedorismo estão cada vez mais interessados em identificar as melhores técnicas e práticas para a gestão dos serviços, inclusive nos mercados fracos ou com assimetrias. Os responsáveis políticos, por sua vez, têm pouca orientação a este nível, e reconhecem que, frequentemente, não conseguem afirmar-se de modo mais benéfico no que diz respeito aos serviços sociais (Christie & Honig, 2006). Porém, os esforços demonstrados pelos governos, indústrias, diversas profissões

e grupos para explorar os processos de empreendedorismo para seus próprios fins, são responsáveis por boa parte da disseminação do empreendedorismo sem fins lucrativos e por associação, às comunidades no seu geral (Steyaert & Katz, 2004).

Assim, pode entender-se o ES como o responsável pelo encontrar de novas formas de satisfazer necessidades sociais através da criação de produtos/serviços/estruturas de modo a alcançar o desenvolvimento sustentável. É no fundo, o criar de uma empresa/organização, não em busca de obter lucro, mas sim, na busca de satisfazer uma falha no mercado ou sistema social (Seelos & Mair, 2005). No ES, a riqueza é apenas um meio para atingir um fim, e a criação de riqueza é apenas uma forma de medir a criação de valor (Dees, 1998).

Depois desta análise, o ES apresenta-se-nos como uma realidade muito importante para o funcionamento das economias modernas, uma vez que tem levado muitos países a reduzir a sua participação nos serviços sociais e comporta um elevado potencial de inovação na intervenção social, de criação de oportunidades de trabalho, sobretudo entre os profissionais do sector social. Portugal é um país onde o Terceiro Sector e, de alguma forma, as empresas sociais, estão em emergência, assumindo um dos papeis de maior destaque, se não mesmo o de maior destaque (Quintão, 2004).

2.3. O EMPREENDEDOR SOCIAL

2.3.1 Análise do conceito

Quando se fala em ES, é necessário falar-se do criador desse empreendedorismo, ou seja, do empreendedor social (Holmquist, 2003; Cho, 2006). Segundo Dees (2004), o ES atinge as partes da sociedade que outras iniciativas políticas não conseguem e, como tal, os empreendedores sociais são vistos como heróis e alquimistas com qualidades 'mágicas' que conseguem construir coisas a partir do nada. São actores de mudança no sector social uma vez que proporcionam a melhoria social, criam valor social, tratam as causas dos problemas sociais e não apenas os sintomas através da redução das necessidades, sendo pioneiros na tentativa de criar mudanças sociais sistémicas e de melhorias sustentáveis, orientando-se para os valores da comunidade (Defourny, 2001) sem porém tirar lucro disso através da gestão empresarial (Dees, 1998; Bacq & Janssen, 2008). Ele apresenta-se como um indivíduo visionário que é capaz de, simultaneamente, recuperar e explorar as oportunidades que surjam, sendo a alavanca que proporciona recursos necessários para a realização da sua missão social, encontrando soluções inovadoras para os problemas sociais da sua comunidade ainda não existentes pelo sistema local (Bacq & Janssen, 2008).

Segundo Ferreira *et al.* (2008) ser empreendedor é tomar a iniciativa de criar algo novo e de valor quer para si próprio quer para o seu público-alvo, sendo simultaneamente, e do ponto de vista global, o motor do sistema de economia de mercado que fomenta o desenvolvimento sustentável. Pode ser visto como um agente de mudança nas organizações sem fins lucrativos através de um processo que consiste no uso inovador da combinação de recursos - independentemente de inicialmente eles serem limitados (Schumpeter, 1935) ou até, ter qualquer controle sobre eles - com vista a catalisar as mudanças sociais tendo por base as necessidades humanas (Sharir & Lerner, 2006).

Fletcher (2006) argumenta que o empreendedor social usa ideias de construção social, olhando para os processos empresariais de modo global e relacionalmente constituídos, em vez de um resultar privado, deslocado do seu contexto social e

humano, uma vez que cada vez mais, os processos empresariais são percebidos como socialmente incorporados e construídos a partir de produtos complexos do seu meio circundante. O interesse surge assim, na interacção entre as pessoas, a sua situação e as variáveis sociais - incluindo classe, etnia e costumes (Hodson & Kaufman, 1982; Zafirovski, 1999) entre as pessoas e suas instituições, a linguagem e as ideologias de cada um (Fletcher, 2006); e, finalmente, nas redes e regras intrínsecas (Anderson & Jack, 2002).

A *Social Innovation Scool* distingue-se particularmente pela importância que confere ao indivíduo empreendedor na concepção do ES. Segundo esta abordagem, o empreendedor social traz novas formas de resposta aos problemas sociais. Para estes estudiosos, os empreendedores sociais:

- Adoptam uma abordagem visionária e inovadora, sendo inovadores sociais (Roberts & Woods, 2005; Dearlove, 2004; De Leew, 1999; Catford, 1998; Dees, 1998; Drayton 2002; Schuyler, 1998; Schwab Foudation, 1998);
- São caracterizados por uma forte fibra ética (Catford, 1998; Drayton & Bornstein, 1998);
- Demonstram uma capacidade particular para detectar oportunidades (Mort *et al*., 2002; Thompson *et al.,* 2000; Catford, 1998; Dees, 1998a);
- Desempenham um papel importante como "Agentes de mudança social" (Chell, 2007; Sharir & Lerner, 2006; Dearlove, 2004; Thompson *et al.*, 2000; Dees, 1998a; Schuyler, 1998);
- Possuem poucos recursos mas usam isso em seu favor (Peredo & Mc Lean, 2006; Sharir & Lerner, 2006; Thompson *et al*., 2000; Dees, 1998; Schuyler, 1998).

Dado o referido anteriormente e, segundo Peredo & McLean (2006) o empreendedor social tem de ser portador e combinar quatro características essenciais: (1) reconhecer e explorar oportunidades passíveis de criar valor (2), empregar inovação, (3) tolerar o risco e, (4) recusar-se a aceitar as limitações dos recursos

disponíveis. Porém, outras características são também importantes na visão de outros autores (Quadro 2.1).

Quadro 2.1: Principais Características dos Empreendedores

	A	B	C	D	E	F	G	H
Cantillon (1755)					X	X		X
Smith (1776)	X	X						
Say (1803)	X				X	X		X
Stuart Mill (1848)					X			
Frank Knight (1921)			X		X			
Sombart (1922)	X	X						
Weber (1930)	X						X	
Scumpeter (1934)	X							X
Cole (1959)				X		X		
McClelland (1961)			X		X		X	
Hornaday & Aboud (1971)	X			X				
Kirzner (1973)	X							X
Mintzberg (1973)							X	
Brockhaus (1980)				X				
Casson (1982)			X		X			
Shapero & Sokol (1982)				X	X		X	
Vesper (1982)				X				
Carland et al. (1984)	X	X		X		X		
Drucker (1985)	X			X		X		
Ray (1986)			X					
Burch et al. (1987)		X		X		X		
Covin & Slevin (1989)	X			X	X			
Timmons (1994)				X				
Smilor (1997)				X				X
Morris (1998)	X			X				X

Fonte: Bucha (2009), p.60

Legenda: A – Inventor/Inovador
B – Fundador
C – Proprietário ou Gestor
D – Criador de Nova Organização
E – Tomador do Risco
F – Objectivo= Lucro/Crescimento
G – Independente
H – Mira Oportunidade

Para além de todas estas características pessoais, Nicholls (2008) refere que a maioria dos empreendedores sociais é, na realidade, fruto de grupos, redes e organizações formais e informais. Defourny e Nyssens (2006) também defendem esta opinião, referindo que para além do empreendedor social ter um rosto na empresa (pessoa singular), é suportado por todo um conjunto de pessoas, sendo que só assim se torna possível o benefício social por parte da organização.

2.3.2 Análise do empreendedor social

Na sequência de sucessivas alterações do conceito de empreendedorismo, Fletcher (2006) assume que as características a analisar nos empreendedores de modo a poder traçar um perfil são: a personalidade, as orientações, as motivações, as estruturas, as políticas, os mecanismos, os processos e as culturas. Neste sentido, Parkinson & Howorth (2008), desenvolveram um estudo de análise de empreendedores sociais através de entrevistas. Segundo estes autores, dos empreendedores com visão populista pode esperar-se que falem em termos individuais, como que possuidores de traços e características heróicas. Por sua vez, dos empreendedores sociais que abraçam a linguagem e termos empresariais, poderiam ser esperadas palavras e temas como "pró-actividade", "gestão de riscos", "inovação", "oportunidades" e "processo de desenvolvimento". Segundo os mesmos, os empreendedores sociais que se sentem mais à vontade com linguagem de negócios podem ser aqueles com maior compromisso em relação a objectivos sociais, porém, qualquer empreendedor pode adoptar um quadro de referência mais alinhado com a acção da comunidade de negócios ou empresarial, sem porém sentir-se à vontade com a mesma linguagem. A maioria dos estudiosos concorda ainda, no facto do empreendedor social ser maioritariamente do sexo masculino, jovem, com um nível de escolaridade significativamente elevado e mais frequentemente oriundo de zonas rurais (Amo, 2008).

Cohen e Musson (2000) por sua vez, estão principalmente interessados na interacção existente entre a retórica e a meta da empresa social, ou seja, no facto do discurso empresarial ser visto como significativo, ou não, por pessoas envolvidas em ES. Análises que utilizam software de Linguística e Análise Crítica do Discurso mostraram uma preocupação especial em entrevistas que englobem as questões locais, a acção colectiva, a comunidade geográfica e o poder político local (Parkinson & Howorth, 2008).

Vários investigadores estudaram cinco vertentes dos empreendedores sociais que, segundo eles, o definem e moldam – experiências passadas, identidade social, credibilidade pessoal, concepção / efeitos da reputação e, rede social (Desa, s/d).

Desenvolvem-se de seguida estas cinco vertentes:

- Experiências passadas: Barendsen e Gardner (2004) executaram um estudo por meio de entrevista, do qual puderam concluir que no passado da maioria dos empreendedores sociais se encontrava uma infância traumática ou eram filhos de pais com elevado nível social e/ou com responsabilidades politicas. Além disso, todos tinham tido experiência em trabalhar com alternativas sociais, e quase a totalidade eram religiosos / crentes.

- Identidade social: Simms e Robinson (2006) referem que antes de se tornar empreendedor social, o indivíduo tem duas identidades – empreendedor e activista. O facto de se tornarem empreendedores sociais é uma escolha que fazem pela identidade de activista, uma vez que o que é realmente importante para este tipo de identidade é criar oportunidade de mudança social.

- Credibilidade pessoal: Os empreendedores sociais têm na sua maioria uma grande credibilidade social, com importantes cargos anteriores, contactos, sendo algo que eles usam para encontrarem recursos/ patrocínios, ou seja, viabilidade para a organização que criam (Sharir & Lerner, 2006; Thompson, 2002; Waddock & Post, 1991).

- Concepção e efeitos da reputação: Em primeiro lugar, os empreendedores sociais desenvolvem o projecto em termos de importância de valores sociais e não em termos económicos, de modo a obterem a atenção da restante população, cativando-os a participarem activamente no projecto. Em segundo lugar, foca-se nos efeitos da sua reputação para cativar os media de modo a projectar a organização e obter recursos (Waddock & Post, 1991; Astad, 1998).

- Rede social: um estudo realizado em 33 organizações de cariz social, concluiu que a capacidade de arranjar recursos para as mesmas se deve ao trabalho do empreendedor social, das relações que estabelece com os voluntários e com outras organizações (Sharir & Lerner, 2006). Porém, existem outras variáveis que afectam o obter de recursos, como o

compromisso de fundação da organização, o capital inicial, a legitimidade de risco no discurso público, a composição da equipa, as alianças com o sector privado e público, os testes de mercado e a experiência empresária anterior (Desa, s/d).

Segundo Laufer (1975) de acordo com as motivações, existem quatro tipos de empreendedores:

- O Empreendedor-Inovador: que cria uma organização tendo presente os factores inovação e desenvolvimento. O motivo principal pelo qual decide ser empreendedor é a sua realização pessoal e valoriza a formação e a experiência;

- O Empreendedor-Proprietário: fundador a nível económico controlando a organização. Os principais motivos pelo qual decide ser empreendedor são a independência pessoal, o status social, o poder e a realização pessoal;

- O Empreendedor-Técnico: valoriza e cria a organização baseado num elevado nível de eficácia técnica. Habitualmente, adquiriu o seu elevado grau técnico trabalhando por conta de outrem e decide aventurar-se sozinho;

- O Empreendedor-Artesão: cria uma organização familiar, sem pretensões de crescimento. Habitualmente, ocorre por necessidade, por situações de desemprego e consequente crise financeira.

2.3.3 Empreendedor Social versus Empreendedor Comercial

As características de um empreendedor são gerais e semelhantes no sector público ou privado. Então, o que distingue o empreendedor social do empreendedor comercial? Segundo Catford (1998), ambos possuem uma visão particular das oportunidades e a mesma capacidade de convencer e incentivar os que o rodeiam a tornar os desejos realidade. Porém, distinguem-se num ponto fulcral – enquanto o empreendedor social tem o objectivo e a ambição de tornar uma ideia realidade para

benefício social, isto é, na criação de valor social (Nicholls, 2008), o empreendedor comercial foca-se exclusivamente na vertente económica (Dearlove, 2004). No entanto, e segundo Thalhuber (1998) ambos têm uma missão comum – obter valor.

Austin et al (2006), referem que o empreendedor social e comercial podem distinguir-se por quatro variáveis: falha de mercado, missão, recursos e medição de desempenho (Quadro 2.2). De acordo com ele, o papel comercial é representado por duas dimensões – trocas comerciais e a distribuição de lucros comerciais – e no caso do ES, mesmo existindo trocas comerciais os lucros são 100% reinvestidos na missão social.

Quadro 2.2: Comparação entre o papel social e comercial dos diferentes empreendedores

Tipo de empreendedorismo	**Papel Social**	**Papel Comercial**	
		Trocas Comerciais	**Distribuição de Lucros Comerciais**
Empreendedorismo Social	Papel social exclusivo	Sem trocas comerciais	Sem objectos
	Papel social maioritário	Presença de trocas comerciais	100% lucros reinvestidos na missão social
Empresas com Responsabilidade Social Corporativa	Papel social minoritário		Maioria dos lucros distribuídos pelos accionistas, minoria dos lucros reinvestidos na missão social
Empresas sem responsabilidade Social Corporativa	Sem missão social		100% dos lucros distribuídos pelos accionistas

Fonte: Brouard (2006), p. 193.

Como já referido anteriormente, a perspectiva do ES nos EUA é diferente da Europeia. Nos EUA, e segundo a *Social Innovation School*, é preferível reinvestir os lucros do que distribuir os lucros de potenciais actividades comerciais pelos accionistas da organização social, porém, não é uma condição obrigatória, uma vez que apenas o valor social adquirido é importante. Pelo contrário, a *American Social Enterprise School* proíbe qualquer distribuição de lucros, uma vez que definem expressamente a empresa social como sem fins lucrativos. Na perspectiva europeia, é estabelecido um limite de distribuição de lucros, consoante o montante ganho (Bacq & Janssen, 2008) (Quadro 2.3).

Quadro 2.3: Resumo das 3 escolas de pensamento do ES

Temas		Critérios	TRADIÇÃO AMERICANA		TRADIÇÃO EUROPEIA
			Social Innovation School	***Social Enterprise School***	**EMES**
INDIVIDUAL	1.	O empreendedor	Figura central: papel-chave	Importância secundária	Dinâmica colectiva: iniciativa lançada por um grupo de cidadãos
PROCESSO	2.	A missão social é a missão central do ES	O processo inovador está primariamente orientado para a mudança social	Estas organizações alocam recursos para o cumprimento da missão social	Um objectivo explicito de beneficiar a comunidade
	3.	A missão é a ligação das actividades produtivas	Directamente: estratégias inovativas para suprir necessidades sociais são implementadas visando aprovisionar serviços e bens	Sem restrição: a actividade de comercialização é simplesmente considerada como uma fonte de rendimento. Assim a empresa social pode desenvolver actividade comercial independentemente da missão social para obter recursos sociais	Directamente: a actividade produtiva está implícita na missão da empresa
ORGANIZAÇÃO	4.	A empresa	Prioridade secundária	Central	Central
	5.	A forma legal	Sem restrição: muitas iniciativas não resultam na criação de lucro, mas delimitam a diferença de oportunidades das empresas com fins lucrativos, das em fins lucrativos, das empresas públicas	1º A sua versão inicial centra-se no "sem fins lucrativos" 2º A sua segunda versão centra-se no facto de todo o negócio ter de possuir uma missão social	Algumas restrições
	6.	Distribuição de lucros	Sem restrições	1º É proibida a distribuição 2º Limitada	Limitada

Fonte: Bacq & Janssen (2008), p. 16.

2.4. AS ORGANIZAÇÕES PARTICULARES

Segundo Fletcher (2006), tem surgido toda uma gama de actividades/práticas novas em várias áreas, desde serviços sociais, económicos, políticos e da esfera familiar que são, ou podem ser, rotulados como do domínio do empreendedorismo. Esta evidência reflecte o natural, o quotidiano, o valor intrínseco de criatividade e as capacidades do esforço humano. Segundo esta perspectiva e de um modo geral, a actividade empresarial surge como um fenómeno social (Steyaert & Katz, 2004).

Uma organização é algo que deriva de constrangimentos gerados pela interacção humana, sendo sujeita a problemas formais (regras, leis, constituição), problemas informais (normas de comportamento, convenções, e códigos de conduta auto-impostos), e características de execução (North, 1997). As organizações fruto do ES, tomam lugar na intersecção de múltiplas instituições podendo ser influenciadas simultaneamente pelo governo, pelo mercado e/ou pela comunidade (Shaw & Carter, 2004). Defourny e Nyssens (2008), definem a empresa social como uma organização sem fins lucrativos que possui um objectivo explícito – beneficiar a comunidade – sendo iniciada por um grupo de cidadãos com baixo capital de investimento. Sendo assim, e segundo eles, a viabilidade financeira da empresa social depende apenas dos esforços dos seus membros para garantir recursos suficientes para apoiar a missão social da empresa e que esses recursos possam ter um carácter híbrido e provenientes de actividades comerciais, de subsídios públicos e de recursos voluntários obtidos graças à mobilização do capital social.

O interesse crescente que se tem verificado pelo ES deve-se aos resultados dos seus aspectos inovadores no tratamento de cada vez maiores e mais complexos problemas sociais (Johnson, 2000; Thompson et al., 2000), mas também pela sua vantagem em esbater as fronteiras tradicionais entre o sector público e privado, dando origem a empresas híbridas (Johnson, 2000; Wallace, 1999) orientadas por estratégias de criação de duplo valor - social e económico (Alter, 2004), podendo servir de ponte de ligação entre problemas da comunidade e instituições já existentes (Wallace, 1999; Bayliss, 2004).

Baseados neste problema social e nestes elementos, tem-se verificado no nosso país, uma aposta nesta área. O Estado tem organizações públicas direccionadas para a sociedade porém, empreendedores também têm criado empresas/ organizações na área do Terceiro Sector, umas com fins lucrativos, como é o exemplo das clínicas privadas e outras sem fins lucrativos, como é o caso das IPSS. Com estas três variedades de organizações, a sociedade vê o seu leque de opções alargado tornando-se também mais informada e exigente.

Segundo a Comissão Europeia, as empresas sociais podem ser de quatro tipos (Freyman & Richomme-Huet, s/d):

- Associações – Em que duas ou mais pessoas se juntam de modo permanente partilhando conhecimentos ou desenvolvendo actividades partilhando de seguida os benefícios de utilidade pública;
- Cooperativas – entidade formada por um grupo autónomo de voluntários para suprir as suas necessidades económicas, sociais e culturais conjuntamente dirigida, isto é, de modo democrático. Este tipo de entidade tem fins lucrativos para os seus fundadores;
- Sociedades Mutuais – entidade autónoma de um grupo de voluntários que se distingue da anterior pelo facto de operarem sozinhos, com os seus próprios fundos e não com capital social.
- Fundações - entidades com sua própria fonte de fundos que gastam de acordo com o seu julgamento em projectos ou actividades de utilidade pública. São totalmente independentes do governo ou outras autoridades públicas e são dirigidas por conselhos de administração independentes. Estas existem essencialmente nas áreas sociais, da saúde, artística e desportiva.

Segundo um estudo de Ferreira (s/d), em Portugal, as IPSS asseguram já 81% dos serviços públicos, sendo que dizem especialmente respeito às áreas de protecção à infância, gerontologia, deficiência, desemprego e exclusão social asseguradas por associações, mutualidades, fundações, misericórdias e centros paroquiais. Segundo Korosec e Berman (2006), muitas cidades apresentam já organizações fruto do ES,

focando-se particularmente em cinco áreas – evasão escolar na adolescência, abuso de substâncias, saúde, protecção ambiental e protecção social. Num inquérito realizado em 1995 no nosso país, foi possível verificar que 44,3% das organizações de cariz social provinham de iniciativas da Igreja, 18% de Misericórdias, 20,7% de autarquias locais, empresas locais e outras associações locais as quais sem cariz social e, 17% de moradores, cooperativas, pais e professores.

Segundo Salamon *et al*. (1999), uma organização sem fins lucrativos, ou de cariz social, pode ser definida por cinco características gerais:

- Formais – dado que possuem uma realidade institucional com enquadramento legal ou são até mesmo fruto de uma continuidade organizacional;
- Privadas – uma vez que são institucionalmente distintas do governo mesmo que recebam apoio do mesmo;
- Sem fins lucrativos – os lucros não são distribuídos pelos accionistas mas reinvestidos na organização;
- Auto governadas – com procedimentos internos de governação;
- Voluntárias – dado que envolvem participação voluntária nas actividades da mesma.

Um estudo europeu realizado pela EMES, define um novo tipo de empresa social, com oito características subjacentes Defourny (2001):

- Têm como missão beneficiar a comunidade;
- Partem da iniciativa de um grupo de cidadãos;
- O poder de decisão não é baseado no capital de cada um;
- Os envolventes são participativos;
- A distribuição de lucros é limitada;
- Possuem uma actividade contínua de produção/venda quer de bens quer de serviços, consoante o tipo de empresa;

- Existe um risco económico significativo sendo que o mesmo é assumido pelos fundadores da empresa;
- Existe uma quantidade mínima de trabalho não remunerado dentro da organização.

Mas a construção de uma empresa com fins sociais apresenta características obrigatórias: tem de ser simultaneamente actual, palpável, física, material, cultural, social, política e institucional uma vez que surge não só pelas exigências e estilos de vida próprios dos clientes, mas também devido às constantes e contínuas mudanças sociais no campo jurídico e político, tais como o conceito de propriedade e de protecção ambiental (Czarniawska-Jeorges, 1992).

Segundo Weerawardena & Mort (2005) empresas com fins lucrativos podem concorrer directamente com os novos operadores no sector empresarial de modo a atingirem também o lucro social, uma vez que, segundo eles, nem todas as associações sem fins lucrativos são empresas sociais, assim como nem todas as organizações têm como principal objectivo os lucros empresariais. Porém, surgem três factores passíveis de se apresentarem como obstáculos na criação de valor social: a sustentabilidade da organização, a missão e a constante mudança social (mudança das necessidades da população).

Segundo Bacq & Janssen (2008), numa perspectiva geográfica, a abordagem europeia do empreendedorismo social distingue-se claramente da americana, apresentando uma forte tradição no chamado 'Terceiro Sector'. De facto, numa perspectiva europeia, as empresas/ organizações pertencentes ao Terceiro Sector podem ser vistas como privadas mas sem fins lucrativos abrangendo uma grande variedade de organizações que geralmente incluem cooperativas e empresas relacionadas, sociedades mútuas, bem como associações voluntárias (Defourny & Nyssens, 2008).

Segundo Steyaert & Katz (2004), em primeira instância, ao abordar o empreendedorismo no seu contexto social, pode dizer-se que ele ocorre em vários locais e espaços. A sociedade, como um resumo sociológico, adapta-se assim à espacialidade e geografia do empreendedorismo, apontando para espaços como "bairros", "comunidades" ou "círculos". Em segundo lugar, observa-se que estes

espaços em que se engloba a sociedade são espaços também políticos que podem ser englobados numa variedade de discursos económicos de contextos sociais mas que também podem ser alterados e vistos pelo empreendedorismo. Em terceiro lugar, é visto como uma actividade comum ou do dia-a-dia, e não como uma acção de grupos elitistas de empresários.

Embora as definições de comércio e negócios sejam as mais comummente difundidas, reconhecidas e documentadas, a questão do auto-emprego (Burke *et al*. 2002) ou do espírito empresarial no sector empresarial (Block & Macmillan 1995), têm sido fulcrais no sector do empreendedorismo, inclusive social. Prova disso são vários marcos de mudança que se têm vindo a verificar:

- Os governos nacionais começam a demonstrar espírito e esforços como é o caso da privatização das empresas nacionalizadas, da revitalização dos serviços públicos existentes, e até mesmo do uso de conceitos como, por exemplo, espírito público, que representam uma vertente mais inovadora e orientada para o foco no cidadão;

- Os governos locais incentivam e ajudam na criação de novas entidades comerciais, tais como zonas de livre comércio, oportunidades de financiamento inovadores, entre outras (Dobers 2003);

- Técnicos da área da saúde que viram no processo de empreendedorismo a oportunidade de criar novas sociedades/organizações em que o valor e os sistemas institucionais podem ser incorporados desde início resultando numa empresa mais humana (Sarason & Associates 1972);

- Grupos étnicos abraçam o empreendedorismo como um meio de melhoria social e económica para as suas comunidades, bem como um meio de entrada no estilo de vida comum a todos e aceitação por parte da sociedade onde se encontram inseridas (Bonacich &Modell 1980, Waldinger & Aldrich 1990);

- Artistas e artesãos que abraçam o espírito empresarial como envolvente das suas obras, ou mesmo como um modelo para pensar sobre o processo criativo (Halprin 1970).

Depois de analisar as realidades inerentes ao ES nos vários países da Europa, a EMES construiu uma definição de empresa social baseada em duas séries de indicadores. Numa primeira série, quatro critérios reflectem a vertente económica e empreendedora a nível social: (1) uma actividade contínua de bens e/ou produção de serviços e venda; (2) um elevado grau de autonomia; (3) um nível significativo de risco económico; e, (4) uma quantidade mínima de trabalho remunerado. Numa segunda série, cinco indicadores englobam as iniciativas das dimensões da empresa social: (i) um objectivo explícito de beneficiar a comunidade; (ii) uma iniciativa lançada por um grupo de cidadãos; (iii) um poder de decisão que não se baseia no capital; (iv) um carácter participativo de todas as partes interessadas; e, (v) uma distribuição de lucros limitada (Bacq & Janssen, 2008).

Como se tem vindo a verificar, as empresas sociais são actualmente incentivadas a fazer parte da economia, tornando-se parte integrante da solução para revitalizar e fortalecer as economias locais porém não são vistas como uma potência suficientemente significativa a nível da economia nacional (North West Development Agency (NWDA), 2003). Segundo Desa (s/d), toda a actividade caritativa deve reflectir a actividade económica, assim como, toda a actividade económica deve gerar valor social. Nem todas as iniciativas do ES têm de ser sem fins lucrativos, assim como nem todas as iniciativas do empreendedorismo comercial têm de ser exclusivamente com fins lucrativos (Amo, 2008).

2.5. A TOXICODEPENDÊNCIA

"Por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoactivas tornou-se o foco de atenção dada a dimensão que adquiriu seu impacto na sociedade moderna" (Ferreira-Borges & Filho, 2004: p. V).

Segundo o Relatório Anual das Nações Unidas de 2009, em Portugal, a posse de droga para uso pessoal deixou de ser punida com prisão, passando o sujeito a ser apenas intimado e levado a uma Comissão da qual pode resultar multa, tratamento ou prisão preventiva para o usuário.

Os representantes das Nações Unidas defendem que, a eliminação da proibição total de drogas é benéfica na medida em que encoraja ao tratamento. Porém, e segundo este mesmo Relatório, tem-se verificado um aumento no consumo de drogas em toda a Europa, sendo que Portugal não é excepção. Segundo eles, a *cannabis*, a cocaína e as anfetaminas são as drogas predominantemente consumidas no nosso país, sendo que no que diz respeito às duas últimas, o consumo duplicou nos últimos anos.

A maior consequência do consumo de drogas de modo continuado é a toxicodependência. Este tipo de dependência, além de problemas físicos, psicológicos, familiares e financeiros para o próprio, trazem implicações sociais e a nível sanitário para todo o estado. A toxicodependência surge assim como um problema social com implicações para os doentes mas também para as famílias (de modo directo), e para todo o meio circundante (de modo indirecto).

Torna-se clara a necessidade de criação de serviços para o tratamento desta doença, uma vez que o tratamento deste tipo de dependência é efectivo e as intervenções têm, segundo Miller et al. (2000), um impacto positivo a nível populacional. Os organismos públicos surgiram numa primeira linha, mas dado o elevado número de casos, começaram a surgir também empresas privadas, umas com e outras sem fins lucrativos.

Na Europa, o órgão responsável por acompanhar e monitorizar a evolução dos fenómenos relacionados com o consumo de drogas é o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) que se encontra sediado em Portugal mas com

agências em outros países - Pontos Focais Nacionais – de modo a recolher mais facilmente a informação. O Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) é o Ponto Focal em Portugal e baseia a sua análise para recolha de informação e definição de estratégias de combate, em cinco pontos (Ferreira-Borges & Filho, 2004):

- Prevalência de consumo de droga na população geral;
- Prevalência de consumo problemático de droga;
- O número anual de pessoas com necessidade de tratamento;
- A percentagem de toxicodependentes com doenças infecciosas, como é o caso do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), Hepatites B e C, Tuberculose;
- Número de mortes relacionadas com o consumo de drogas.

Porém, para identificarem o problema da toxicodependência em determinado local têm em atenção vários factores (Cohen, 2002):

- Repressão: Qual a disponibilidade e acessibilidade das drogas;
- Prevenção: Identificar quais os factores de risco ou os factores de protecção;
- Tratamento e redução de danos: Obter informação acerca do número de consumidores de drogas, da eficácia e do tipo de tratamentos existentes, das doenças que se associam ao consumo, características intrínsecas dos grupos de risco;
- Reinserção social: Saber quais as aptidões e qualificações profissionais dos consumidores, quais as necessidades de alojamento e a sua situação familiar;
- Integração cultural: Descobrir se já é considerado na sociedade como uma realidade inerente, a qual está integrada e regulada por mecanismos de controlo da sociedade, auxiliando na recolha de informação de todos os factores anteriores.

Em Portugal, a OEDT identificou que os pedidos de tratamento nos serviços especializados (CAT – Centro de Atendimento ao Toxicodependente) devem-se essencialmente a problemas sanitários relacionados com o consumo problemático de heroína, talvez por sermos o país da Europa, segundo eles, com mais consumidores desse tipo de droga.

Segundo Silveira (2004), o grande problema actual no tratamento da toxicodependência é o reconhecimento da doença por parte do sistema de saúde nacional pelo que surgiram quadros com a síntese dos critérios de diagnóstico mundiais de abuso de substâncias e de dependência de substâncias, de modo a facilitar o diagnóstico (Figuras 2.1 e 2.2).

Figura 2.1: Critérios de diagnóstico para abuso de substância

A. Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um ou mais dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
2. Utilização recorrente de uma substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso;
3. Problemas legais recorrentes relacionados com a substância;
4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias.

Fonte: Ferreira-Borges & Filho (2004), p. 84.

Figura 2.2: Critérios específicos de diagnóstico para dependência de substâncias

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos manifestado por 3 ou mais dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

a. Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;

b. Diminuição do efeito com a utilização continuada de menos quantidade de substância.

2. Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes.

a. Síndrome de abstinência característica da substância;

b. A mesma substância, ou outra relacionada, é consumida para evitar ou aliviar os sintomas da abstinência.

3. A substância é frequentemente consumida em quantidade superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4. Existe um desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5. Dispêndio de grande quantidade de tempo em actividades necessárias à sua obtenção e utilização, bem com à recuperação dos seus efeitos.

6. É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.

7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Fonte: Ferreira-Borges & Filho (2004), p. 85.

As empresas / organizações que se responsabilizam pelo tratamento da toxicodependência podem actuar em cinco tipos de casos (Ferreira-Borges & Filho, 2004):

- Caso único: em que o médico tem apenas aquele doente toxicodependente a tratar, baseando-se este tratamento essencialmente no estabelecer de uma relação de ajuda em que tenta obter um bom feedback do doente;

- Actividade de tratamento: em que o tratamento é feito em grupo, através de terapia cognitivo-comportamental, farmacoterapia especifica, englobando-se em cada grupo indivíduos toxicodependentes com características semelhantes;

- Serviço de tratamento: em que os indivíduos estão inseridos num programa reabilitacional em ambulatório. Neste programa estão também inseridas actividades em grupo mas de modo mais alargado no tempo.

- Instituição de tratamento: em que os doentes se encontram internados numa instituição que lhes oferece para além de um programa de desintoxicação, regime residencial ou cuidados continuados.

- Sistema de tratamento: em que os doentes se encontram inseridos numa rede de cuidados comunitários em que se podem dirigir a uma instituição e ser encaminhados para outra, mais adequada.

Mas, segundo NIDA (National Institute on Drug Abuse) (1999), têm de existir princípios orientadores para o tratamento:

1. O tratamento não pode ser igual para todos. Tem sim, de ser planeado tendo em conta as necessidades de cada um de modo a ser um procedimento de êxito futuro.

2. O tratamento tem de estar disponível, uma vez que a opção de desintoxicação é algo que pode apenas surgir uma vez na vida e tem de ser aproveitada.

3. O tratamento tem de englobar o problema do indivíduo com as substâncias mas também os problemas psicológicos, médicos e sociais do mesmo.

4. O tratamento tem de ser constantemente reavaliado uma vez que as necessidades de hoje podem não ser as mesmas daqui a um mês.

5. O tempo de tratamento tem de ser adequado. A maioria dos casos indica que os 3 meses de tratamento indicam o limiar da melhoria, pelo que

um período um pouco mais alargado pode ser significativamente importante.

6. O aconselhamento individual ou em grupo é importante uma vez que lá, os indivíduos melhoram as capacidades interpessoais e a capacidade para lidar com o problema das drogas.

7. A combinação do aconselhamento com substâncias farmacológicas, como a metadona.

8. Os dependentes de substâncias com problemas psicológicos devem ser tratados simultaneamente em relação a estes dois problemas, uma vez que estão frequentemente interligados – um é causador do outro.

9. É necessário ter ciente que a desintoxicação é apenas a primeira fase do tratamento da toxicodependência, sendo fundamental ter um sistema de integração na sociedade de modo a não ocorrerem recaídas.

10. O tratamento não tem necessariamente de ser voluntário para ser eficaz. A família, o emprego, ou o sistema de justiça pode ser muito motivador para os indivíduos.

11. O possível uso de substâncias durante o tratamento tem de ser considerada uma possibilidade. Sendo assim, os indivíduos sujeitos a tratamento têm de ser continuamente monitorizados (com análises ao sangue e urina), de modo a poder descobrir-se se existe ou não uma recaída e como.

12. Os programas de tratamento têm de incluir rastreio a doenças como HIV, tuberculose, hepatite B e C, de modo a poder dar-se o tratamento adequado aos indivíduos e devido aconselhamento, quando portadores, para não haver disseminação.

13. Fomentar a participação em programas de auto-ajuda depois de finalizado o tratamento para evitar recaídas.

Um dos modelos mais usados a nível nacional e internacional é o Modelo Minnesota. Este nasceu nos Estados Unidos há cerca de 50 anos no Estado do

Minnesota, tendo-se vindo a implantar em inúmeros países com enorme sucesso. Devido às altas taxas de recuperação que consegue atingir, pode mesmo ser considerado um dos Modelos mais eficazes no tratamento da Dependência Química. Baseia-se na filosofia dos 12 Passos dos Alcoólicos/Narcóticos Anónimos. Consiste num modelo psicoterapêutico de origem humanista cujo objectivo é a abstinência total do consumo de substâncias psicoactivas, capazes de provocar oscilações artificiais do estado de humor ou comportamental do indivíduo.

Pretende-se com este modelo ensinar o dependente e a sua família a modificar as suas atitudes e comportamentos através de um método de trabalho que assenta nos princípios dos grupos de auto-ajuda, grupos de sentimentos, terapia racional-emotiva, psicologia transaccional, palestras, filmes didácticos e terapias individuais. Através destas técnicas o indivíduo adquire uma consciência, até então inexistente, das implicações da sua doença, e consequentemente uma maior responsabilização pela sua recuperação.

Através da partilha aprende com os outros elementos do grupo a identificar e a lidar de forma construtiva com os seus sentimentos e emoções e não de forma destrutiva como fazia no tempo do consumo de substâncias psicoactivas. Este modelo abrange também o tratamento dos Distúrbios do comportamento alimentar (Obesidade, Anorexia e Bulimia), assim como o Jogo, visto toda e qualquer dependência física ou não, ser antes de tudo um Distúrbio do Comportamento/Emocional. (Crato, 2010)

2.6. AS RESPOSTAS EXISTENTES

O IDT é um Instituto Público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio. Prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo Ministério.

Actualmente, e segundo a Lei Orgânica do Instituto da Droga e da Toxicodependência, Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de Maio, apresenta como Missão "Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências", funcionando assim como um Sistema de Tratamento.

Atribuições do IDT:

a) Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de luta contra a droga, o álcool e as toxicodependências e na sua avaliação;

b) Planear, coordenar, executar e promover a avaliação de programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social;

c) Apoiar acções para potenciar a dissuasão dos consumos de substâncias psicoactivas;

d) Licenciar as unidades de prestação de cuidados de saúde na área das toxicodependências, nos sectores social e privado, definindo os respectivos requisitos técnico-terapêuticos, e acompanhar o seu funcionamento e cumprimento, articulando com a administração Central do Sistema de Saúde, sem prejuízo da competência sancionatória da Entidade Reguladora da Saúde;

e) Desenvolver, promover e estimular a investigação e manter um sistema de informação sobre o fenómeno das drogas e das toxicodependências que lhe permita cumprir as actividades e objectivos enquanto membro do OEDT;

f) Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais nos domínios da droga, do álcool e das toxicodependências

O IDT baseia a sua actuação em 5 pontos fulcrais – a prevenção, a dissuasão, o tratamento, a redução de danos e a reinserção social; sendo que para isso, tem vários organismos/ instituições que actuam nestes vários níveis.

Em matéria de Prevenção, o IDT possui um Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI) desenvolvido pelo Núcleo de Prevenção que procura estudar de modo a encontrar quais os grupos de risco e de maior necessidade de investimento. Actualmente, e trabalhando em conjunto com as CRI (Centro de Resposta Integradas), privilegiam a prevenção selectiva dirigida a grupos específicos: crianças, jovens, famílias, comunidades, desenrolando-se em escolas, bairros, contextos recreativos, universidades, etc.

No que diz respeito à Dissuasão, ela executa-se no âmbito de um processo de contra-ordenação, prevenindo e reduzindo o uso e abuso de drogas, permitindo identificar situações de consumo ocasionais que careçam de apoio especializado, promover a saúde em geral e combater a exclusão social através de um trabalho em rede com as autoridades policiais, instituições de saúde, tribunais e governos civis (Esta etapa conseguiu-se, como já referido anteriormente, através da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro).

Em relação ao tratamento (que é a etapa que mais intimamente diz respeito a este estudo), ele é considerado pelo IDT como um dos pilares fundamentais da acção estratégica através da diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas, regendo-se pelos seguintes pressupostos:

- Garantir, a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas;
- Disponibilizar uma oferta diversificada de Programas de Tratamento e de Cuidados, contemplando uma vasta gama de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao nível dos Programas e Intervenções Terapêuticas

Para isso, foi criada uma rede interna de serviços de tratamento que constituem a base da sua actividade específica, mas que só poderá funcionar plenamente se contar com a prestação de cuidados complementares de saúde e de suporte social, que deverão ser prestados pelas instituições, serviços e grupos sociais existentes na comunidade e que constituem a rede externa de suporte ao tratamento. **(Figura 2.3)**

Figura 2.3: Rede externa de suporte ao tratamento.

Fonte: IDT (2010)

A pessoa que sofre de distúrbios a este nível dispõe assim das seguintes unidades especializadas[1]:

1. CAT – que prestam cuidados globais, individualmente ou em grupo, porém, sempre em regime ambulatório;

2. Unidades de dispensa de terapêutica de substituição – extensões dos CAT, onde se disponibiliza a toma diária e controlada de metadona ou LAAM a heroinómanos, uma vez que o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) considera que, quando a abstinência é impossível, é preferível substituir a heroína por outros opiáceos, associados a menores riscos de saúde e sociais;

1 http://www.alentejolitoral.pt/PortalRegional/Cidadao/AconselhamentoEApoio/Paginas/Depend%C3%AAnciasetoxicodepend%C3%AAncias.aspx

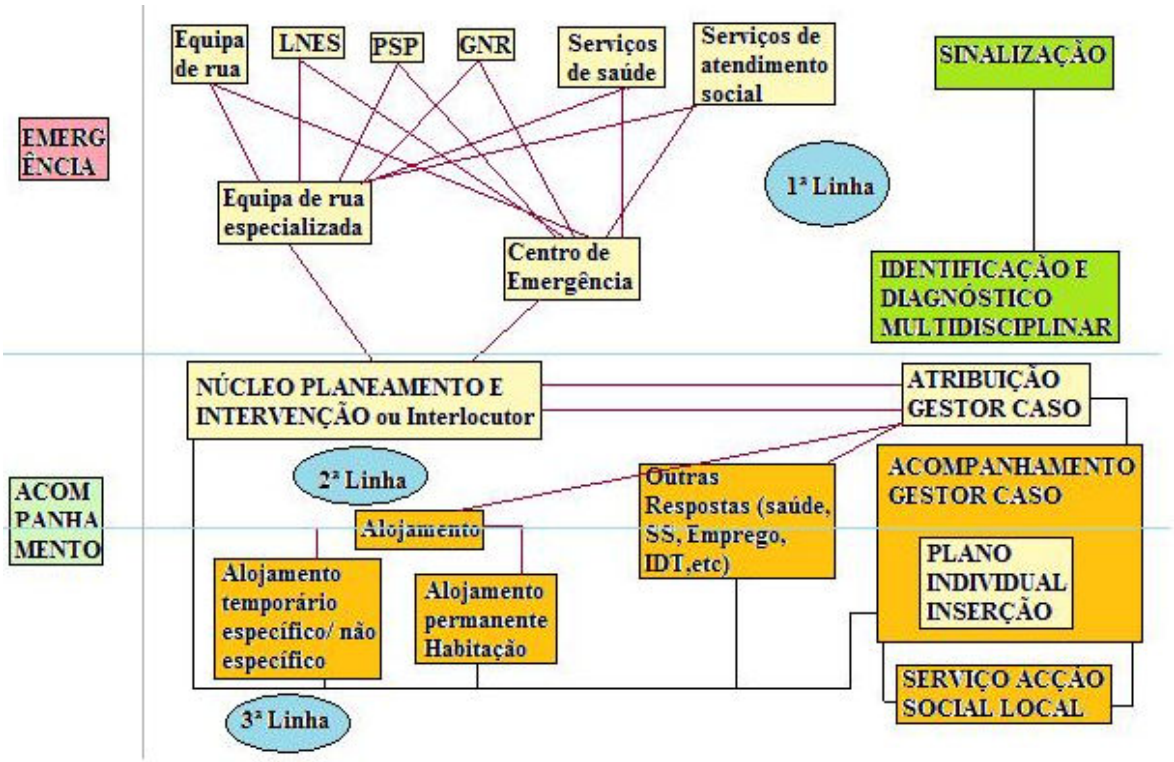
3. Unidades de desabituação – unidades de internamento de curta duração, essencialmente vocacionadas para a supressão dos consumos sem o sofrimento associado à abstinência. A sua acção assenta, em regra, num programa de 7 dias de internamento, sem visitas nem contactos com o exterior, mediante contrato terapêutico. Após este período, sendo respeitado o contrato, o utente pode sair para um programa de terapêutica antagonista de opiáceos ou para internamento de longa duração em comunidade terapêutica. Um outro programa de internamento de 10 dias é destinado a grávidas toxicodependentes, cuja saída é em abstinência ou internamento em comunidade terapêutica;
4. Comunidades terapêuticas – unidades de internamento de longa duração, onde são prestados cuidados a toxicodependentes que necessitam de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, com o objectivo de quebrar a relação psicossocial com a sua dependência e ressocializá-lo num novo mundo familiar, social e laboral;
5. Centros de dia – locais onde se desenvolvem actividades de natureza ocupacional e/ou pré-profissional, em regime ambulatório;
6. Centros de informação e acolhimento (CIAC) – unidades dedicadas à prevenção de comportamentos de risco na adolescência e formação/educação para a saúde.

No que diz respeito à redução de riscos, consiste em reduzir riscos, como o nome indica, e não a reduzir o consumo propriamente dito. Através de acções educativas e sanitárias tenta-se reduzir a incidência de consumo mas principalmente, tentam-se reduzir as doenças e consequências provocadas pelo mesmo. Este tipo de abordagem é feito junto de populações específicas de consumidores de substâncias psicoactivas, e essencialmente, junto daqueles que não estão a ser efectivamente abrangidos pelos serviços convencionais.

Em relação à reinserção, as entidades formadoras e as entidades formativas são os principais actores fomentando o desenvolvimento do indivíduo e até a entrada na vida activa dentro da sociedade. Quando se fala em reinserção, fala-se também nos

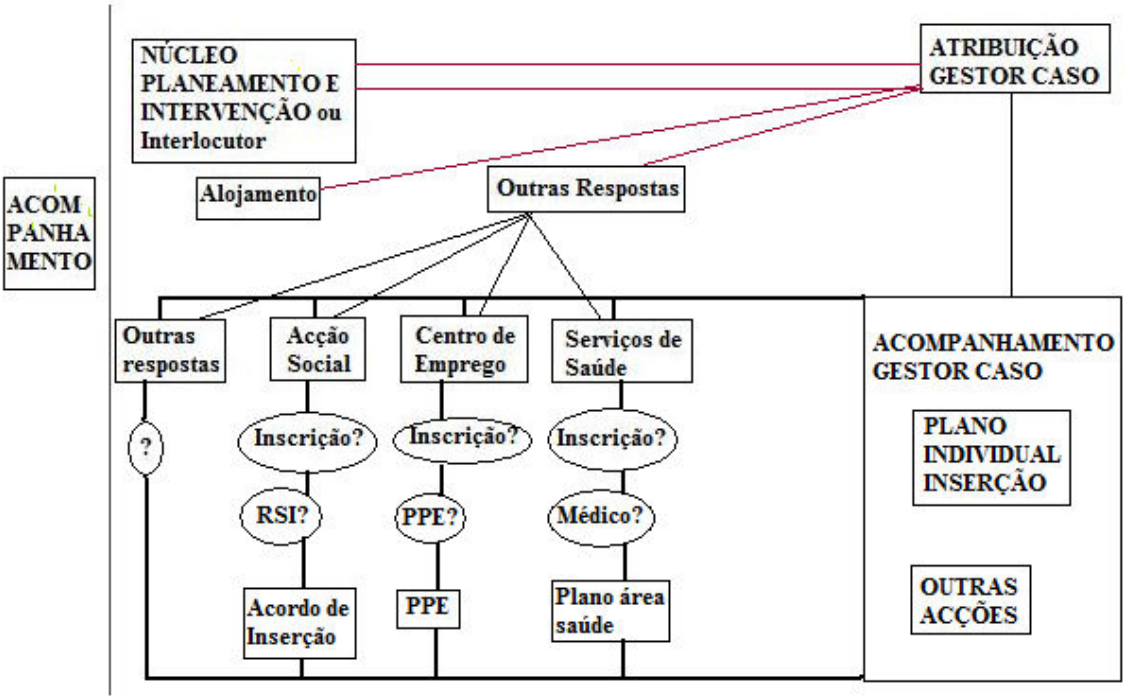
sem-abrigo, os quais são em cada vez maior número, pelo que foi criado pelo IDT a "Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo", que consiste em através de uma parceria entre várias entidades sociais serem fornecidas condições a esta parcela da população. (Figuras 2.4 e 2.5)

Figura 2.4: Modelo de intervenção e acompanhamento



Fonte: IDT (2010)

Figura 2.5: Modelo de intervenção e acompanhamento – articulação gestor de caso com emprego, saúde e acção social entre outras respostas



Fonte: IDT (2010)

Importante para todas as organizações dedicadas ao tratamento da toxicodependência é possuir uma abordagem compreensiva que engloba a detecção, assistência, cuidados de saúde e integração social dos indivíduos sujeitos ao mesmo (Ferreira-Borges & Filho, 2004). Tendo isto em conta, importa conhecer a realidade no nosso país.

CAPÍTULO III

Modelo de Investigação e Proposições

3. 1. MODELO DE INVESTIGAÇÃO E PROPOSIÇÕES

3.1.1. Considerações iniciais

Este capítulo pretende definir um modelo de investigação e respectivas proposições do estudo. Para isso, e tendo em conta as falhas existentes na literatura, elas serão expostas no ponto 3.1.2 antes da definição do modelo de investigação (no ponto 3.1.3) e das proposições (no ponto 3.1.4).

3.1.2. Síntese da Revisão da Literatura

O Estado público é responsável, em primeira análise, pela saúde em Portugal e tudo o que dela deriva (Figura 3.1). Daí, parte-se do princípio que todo o tipo de problema de saúde seja tratado pelo Estado, sendo que se entende por saúde "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades." (Organização Mundial de Saúde - OMS). Porém, dado o elevado número de casos de "doença", o Estado público não consegue suprir todas as situações com que se depara.

Nesta perspectiva, e uma vez que um dos elementos fulcrais do ES é a "oportunidade" (Mair & Martí, 2006), surgem as instituições privadas, umas com e outras sem fins lucrativos (Clínicas Privadas e IPSS respectivamente).

Para que tal seja possível, o empreendedorismo social tem de ser visto, segundo Alvord & Letts (2004), como um meio para aliviar problemas sociais e catalisar as transformações sociais. Indo de encontro a esta definição, e associando-a ao problema das substâncias psicoactivas, surge o ES na área da reabilitação tóxica.

Figura 3.1: Lei de Bases da Saúde

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto

Lei de Bases da Saúde

(Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro)

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Base I

Princípios gerais

1 - A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

2 - O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

3 - A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.

4 - Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Fonte: Portal da Saúde (2010)

O IDT é o organismo em Portugal responsável por todo o tipo de doença relacionada com o consumo de substâncias psicoactivas, actuando desde o nível da prevenção (através da divulgação da informação acerca dos malefícios das drogas à

população em geral e a populações de risco em específico), o nível de dissuasão (essencialmente por acções de formação a grupos consumidores, ao qual veio ser uma ajuda a lei da descriminalização do consumo), o nível do tratamento (através de comunidades terapêuticas, CRIs, ou seja, adequando o tratamento ao caso específico), o nível da redução de danos (através do tratamento global do individuo e não apenas do problema com as drogas) e o nível da reinserção social (usando os programas de "Novas Oportunidades", entre outros). Ele acaba por funcionar como um "gestor" de toda a rede de consumo (ou potencial consumo) de substâncias psicoactivas. Para isso, este organismo subdivide-se em várias secretarias espalhadas pelo país, por zonas, através das quais organiza da melhor forma as equipas e o tratamento/ acompanhamento dos consumidores de substâncias psicoactivas, auxiliando-se da rede interna que possui (algumas organizações de tratamento, aconselhamento e prevenção pertencentes mesmo ao IDT) mas também da rede externa (como os tribunais, hospitais, clínicas privadas, IPSS,…), as quais na sua prática diária, também lidam com o problema do consumo, nesta área que, segundo Ferreira-Borges & Filho (2004), se tornou num foco de atenção dada a dimensão que adquiriu na sociedade actual tanto por razões epidemiológicas, como políticas, como económicas, como sociais.

Porém, este organismo também está ciente de que apresenta falhas na sua organização pelo que se encontra actualmente a implantar um novo programa a nível nacional denominado PORI, que pretende ser uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada. Ele baseia-se nos princípios da territorialidade, integração, parceria e participação que constituem o quadro de orientação estratégica definido pela OIT (Organização Internacional do Trabalho), para o contexto de luta contra a pobreza e exclusão social.

Neste contexto, e face a este problema social sobejamente conhecido por todos, o empreendedor social apresenta-se como um actor de mudança no sector proporcionando a melhoria social, criando valor, tratando as causas dos problemas e não apenas os sintomas, criando mudanças sociais sistémicas e melhorias sustentáveis, orientando-se para os valores da comunidade (Defourny, 2001) sem porém tirar lucro disso (Dees, 2004; Bacq & Janssen, 2008).

Importa então conhecer a realidade do nosso país – de que modo é feita a gestão de recursos públicos nesta área, quais os requisitos mínimos para a abertura de uma

instituição direccionada a esta população, como são avaliadas as instituições e se esta rede de cuidados integrados e globais é eficaz.

No que diz respeito às próprias instituições, importa saber o que difere nas instituições privadas com e sem fins lucrativos e o que difere a nível do próprio empreendedor, traçando o seu perfil.

3.1.3. Modelo de investigação

Apresenta-se como base do modelo de investigação o ES e seus respectivos empreendedores sociais na perspectiva de um desenvolvimento sustentável da sociedade.

A principal proposição deste estudo surge neste contexto:

> *Qual a realidade do empreendedorismo social encontrada na área da reabilitação tóxica em Portugal?*

Assim, o estudo vem no sentido de conhecer o modo de funcionamento e motivos de abertura das instituições de ES na área da reabilitação tóxica nas suas diferentes apresentações à sociedade – IPSS de 1ª linha, IPSS de 2ª linha e Clínicas particulares.

3.1.4. Proposições de Investigação

A área da reabilitação tóxica em Portugal, é controlada pelo IDT, sendo ele que abre vagas para determinado suprimento de necessidades específicas nesta área a nível público, que dá a autorização da abertura de uma instituição, seja ela pública ou privada, que rege a forma de funcionamento da mesma (requisitos mínimos obrigatórios) e que consequentemente, avalia a mesma.

Sendo o IDT responsável por toda a área da reabilitação tóxica, as instituições apenas oferecem uma margem de manobra na forma como gerem a sua própria instituição, tendo sempre em conta as regras impostas pelo mesmo para se manterem em funcionamento. Sendo assim, apresentam-se as seguintes proposições:

Proposição 1: *As Clínicas Privadas têm métodos mais variados e abrangentes de tratamento do que as IPSS.*

Proposição 2: *As Clínicas Privadas têm uma taxa de sucesso mais elevada do que as IPSS.*

Proposição 3: *As Clínicas Privadas têm melhores condições físicas do que as IPSS.*

Proposição 4: *Os empreendedores sociais das Clínicas Privadas têm uma motivação financeira mais elevada do que os empreendedores sociais das IPSS.*

Proposição 5: *Os empreendedores sociais têm uma afinidade pessoal com o problema do uso ou abuso de substâncias psicoactivas.*

CAPÍTULO IV

Metodologia

4.1. OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO

As instituições de cariz social e simultaneamente privado são o nosso objecto de investigação dado o objectivo geral do estudo – o Empreendedorismo Social.

Sendo que o estudo em causa pretende conhecer a realidade da reabilitação tóxica em Portugal, foram estudadas quatro instituições que actuam em diferentes frentes:

- Uma IPSS na área de prevenção e tratamento/ internamento de carácter ambulatório de curta duração;

- Uma IPSS de tratamento com internamento fixo – Comunidade Terapêutica;

- Duas Clínicas Privadas de tratamento com internamento fixo – Comunidades Terapêuticas, sendo que numa delas, só foi possível realizar a entrevista com o técnico responsável e não com o director da instituição por recusa do mesmo.

Ciente de que a amostra usada para o estudo exaustivo e conhecimento real do que acontece no país é insuficiente, serão apresentados os resultados referentes às mesmas e deixado o mesmo em aberto para futuras investigações de carácter mais abrangente.

4.2. LOCAL DA PESQUISA

Para a realização deste estudo, as Instituições de Tratamento escolhidas foram um Centro de Dia na área do Grande Porto (IPSS de 1ª linha), uma Comunidade Terapêutica na área do Grande Porto (IPSS de 2ª linha), outra Comunidade Terapêutica na área do Grande Porto (Particular), e uma última Comunidade Terapêutica no Distrito de Braga (Particular), sendo esta última a que se encontra incompleta por não se ter conseguido realizar entrevista com o Director da instituição.

O local para a realização das entrevistas ficou a critério dos entrevistados, sendo que todas as entrevistas ocorreram num ambiente tranquilo, com apenas a presença da pesquisadora e do(a) entrevistado(a).

4.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

As pessoas entrevistadas foram, num período inicial e para o estudo do perfil empreendedor, os directores clínicos das 3 instituições referidas. Para o estudo de caso em relação aos empreendedores apresenta-se o quadro seguinte (Quadro 4.1):

Quadro 4.1: Caracterização dos Directores clínicos das Instituições

Informante	Sexo	Formação	Tempo em anos que exerce as funções na Instituição
P1	Masculino	Português/Inglês	5
P2	Masculino	Psicologia	4
P3	Feminino	Psicologia	4

Fonte: A própria

Num segundo período, foram entrevistadas responsáveis técnicos das mesmas instituições no sentido de conhecer a realidade da mesma como se apresenta no Quadro 4.2:

Quadro 4.2: Caracterização dos responsáveis técnicos entrevistados

Informante	Sexo	Formação	Tempo em anos que exerce as funções na Instituição
P1	Feminino	Enfermagem	4
P2	Feminino	Psicologia	4
P3	Masculino	Terapeuta Psicossocial	10
P4	Masculino	Português/Inglês	5

Fonte: A própria

4.4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O estudo pretende ser um estudo de caso com uma abordagem qualitativa e descritiva. Qualitativa, uma vez que se prende com a compreensão absoluta e ampla do empreendedorismo na área da reabilitação tóxica. Nesta abordagem, pretende-se uma interpretação do fenómeno. (Fortin, 1999)

A vertente descritiva do estudo prende-se com o facto de pretender *"descriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo."* (Fortin, 1999, p. 162), sendo que se enquadra especificamente na categoria de Estudo de Caso, uma vez que serve para responder a dúvidas acerca de determinado fenómeno ou acontecimento actual sobre o qual não existe controlo fidedigno. (Yin, 1994)

4.5. RECOLHA DE DADOS

No que diz respeito a estudos com abordagens qualitativas, Triviños (1987) defende a participação do informante como um dos elementos do saber científico. O investigador foca-se em técnicas e métodos específicos que evidenciam a sua implicação e a dos seus informantes. De entre os vários instrumentos que podiam ser utilizados, foi escolhida a técnica da entrevista semi-estruturada (registada em registo magnético - Digital Voice Tracer 602, com pré-autorização dos entrevistados) e o método de análise de conteúdo.

Esta escolha deve-se ao facto de a entrevista semi-estruturada ser, em geral, aquela que parte de premissas, apoiadas em teorias e hipóteses que oferecem um amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que vão surgindo, à medida que recebem as respostas do entrevistado. Desta forma, o entrevistado, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e das suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (Triviños, 1987). Este tipo de entrevista, não sendo totalmente estruturada, não necessita de pré-teste (Fortin, 1999).

Além disso, as entrevistas em estudos qualitativos, para além de constituírem a estratégia dominante para a recolha de dados, podem também ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas (Bogdan & Biklen, 1994).

Em relação aos directores das Instituições, as entrevistas foram divididas em três partes. A primeira relacionada com conceitos-base acerca da instituição, a segunda sobre ele próprio (o empreendedor) e a última sobre a projecção da instituição na sociedade. (Figura 4.1)

Fig. 4.1: Matriz analítica da entrevista com os directores das Instituições

Objectivo	Dimensões	Questões
No âmbito da investigação, a presente entrevista pretende analisar o perfil empreendedor	Conceitos-base acerca da Instituição	1. Qual a missão desta Instituição?
		2. Que tipo de Instituição é esta?
		3. Qual a principal razão que levou à abertura desta Instituição?
		4. Acha que esta Instituição pode ser considerada uma Instituição de Cariz Social? Porquê?
		5. Considera que este tipo de Instituição Social é útil para o desenvolvimento de modo sustentado da Sociedade? Porquê?
		6. Qual o principal motivo que levou à abertura de uma Instituição direccionada para o tratamento da toxicodependência?
		7. O que é para si o "Empreendedorismo"?
		8. O que é para si o "Empreendedorismo Social"?
	O próprio	9. É o fundador desta Instituição?
		10. Qual a sua formação-base?
		11. Na sua opinião, as suas experiências passadas, identidade social, credibilidade social, reputação e rede social tiveram alguma influência na abertura da instituição ou posição que ocupa na mesma?
		12. Das seguintes características, com quais se identifica? Inovador, Fundador, Gestor, Criador de nova organização, Tomador de risco, Objectivo: lucro/ crescimento, Independente, Mira oportunidade.
		13. Vê-se como um empreendedor? Se sim, social ou comercial?
	Projecção da Instituição na Sociedade	14. Como pensa que é vista esta instituição por parte da população em geral?
		15. Quais pensa serem as principais dificuldades do sector e especificamente, desta instituição no mercado?
		16. Qual acha serem os principais objectivos desta instituição no mercado social actual?
		17. Qual o preço do tratamento?

Fonte: A própria

Em relação às entrevistas para conhecimento mais profundo da instituição em si, as entrevistas foram divididas em três partes. A primeira relacionada com o pré-internamento, a segunda com o intra-internamento e a terceira, com o pós-internamento.

4.6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados das entrevistas foram analisados segundo o método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), uma vez que consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos, ou não, que permitam o inferir de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

A organização da análise ocorreu em três etapas:

- pré-análise,
- descrição analítica,
- interpretação inferencial.

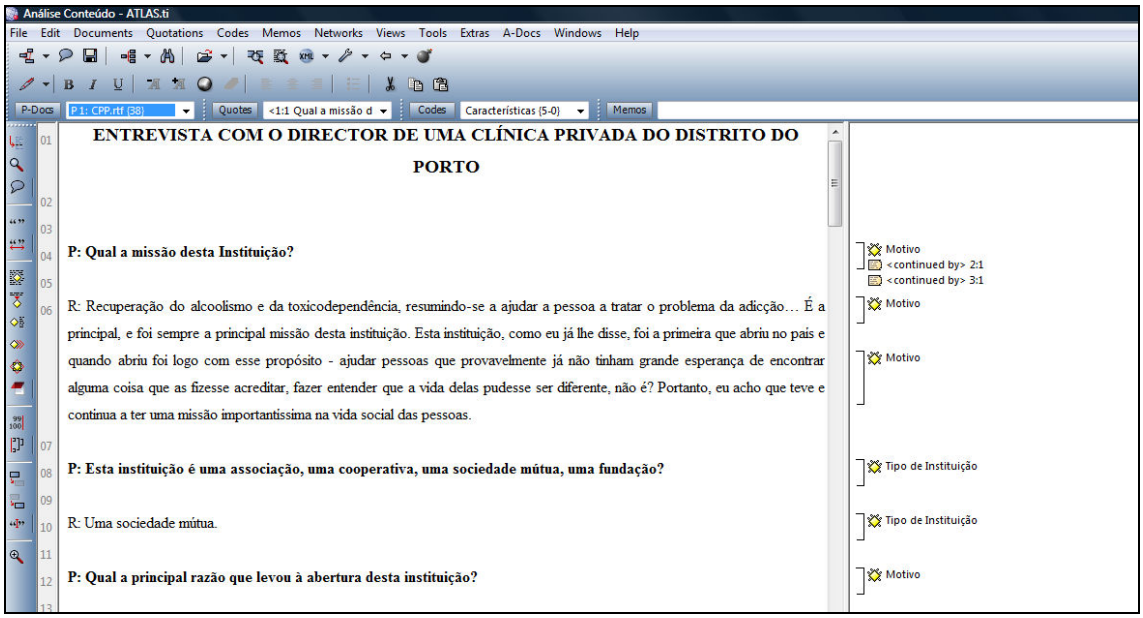
Na primeira etapa de pré-análise, realizou-se a organização do material através da transcrição das entrevistas no programa Microsoft Word, compatível com o programa que iria ser usado para a segunda etapa, seguidas de audições e leituras sucessivas das mesmas.

Na segunda etapa realizou-se a descrição analítica sendo as entrevistas submetidas a um estudo detalhado com base na questão de investigação e referências bibliográficas, tendo surgido a codificação, classificação e categorização e consequentes quadros de referências para posterior análise. (Triviños, 1987 e Bardin, 1977)

De modo a auxiliar na codificação e análise dos dados foi utilizado o software Atlas ti (*Qualitative Research and Solutions*), adquirido para o efeito com a licença no nome da própria (Karine Freitas) e respectivo nº de licença: **P9PPA6H-934P-MXKPX-CA1A400-09D6-026B1**. Este software, segundo Justicia (2005) apresenta-se como uma ferramenta informática cujo objectivo facilita a análise qualitativa, permitindo ao investigador armazenar, explorar e desenvolver ideias e/ou teorias sobre os dados adquiridos. (Figura 4.2)

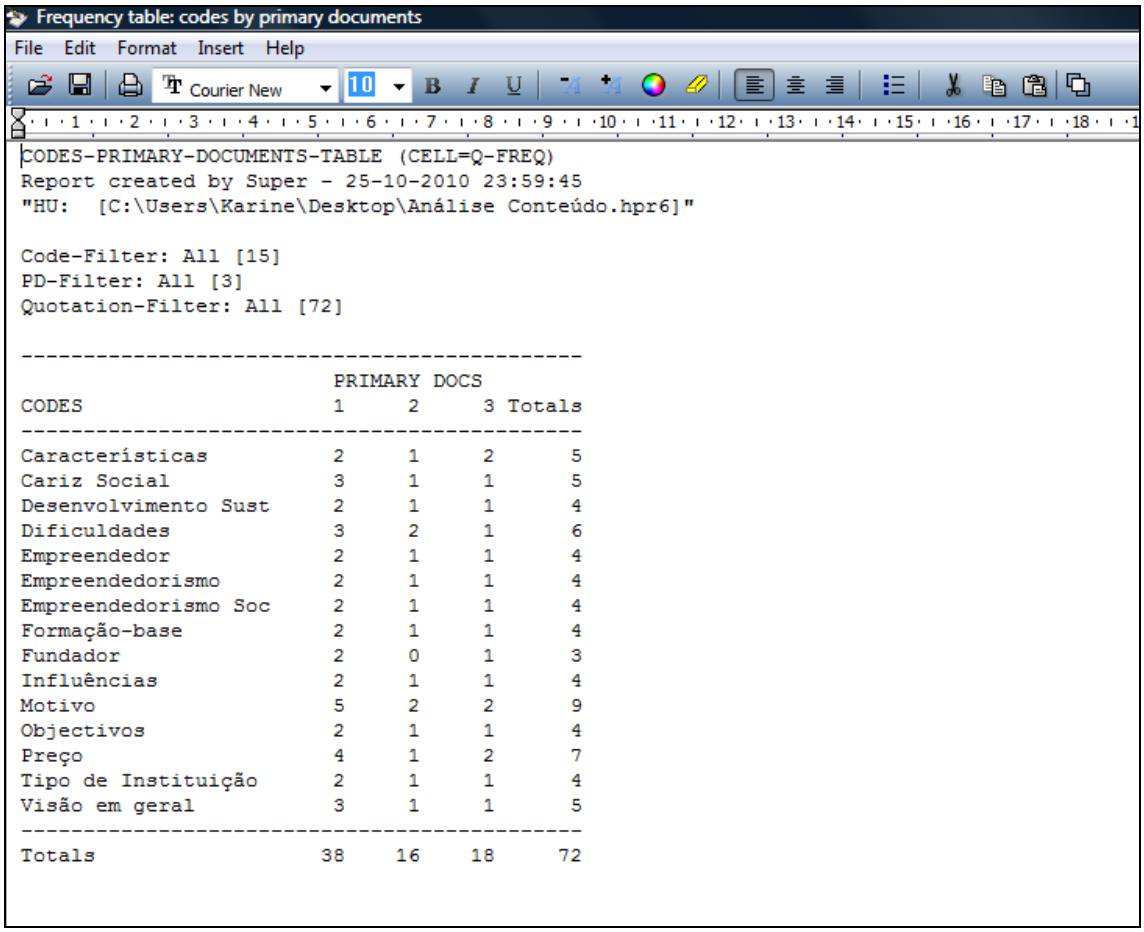
Foram transferidos os documentos das respectivas transcrições das entrevistas para o software aparecendo no mesmo como P1 (referente à entrevista realizada na CPP), P2 (referente á entrevista realizada na IPSS de 1ª Linha) e P3 (referente à entrevista realizada na IPSS de 2ª Linha), permitindo assim o anonimato dos entrevistados.

Figura 4.2: Tela de Trabalho do Atlas ti


Análise Conteúdo - ATLAS.ti
File Edit Documents Quotations Codes Memos Networks Views Tools Extras A-Docs Windows Help
P-Docs
P1: CPP.rtf (38)
Quotes
<1:1 Qual a missão d
Codes
Características (5-0)
Memos
ENTREVISTA COM O DIRECTOR DE UMA CLÍNICA PRIVADA DO DISTRITO DO PORTO
P: Qual a missão desta Instituição?
R: Recuperação do alcoolismo e da toxicodependência, resumindo-se a ajudar a pessoa a tratar o problema da adicção… É a principal, e foi sempre a principal missão desta instituição. Esta instituição, como eu já lhe disse, foi a primeira que abriu no país e quando abriu foi logo com esse propósito - ajudar pessoas que provavelmente já não tinham grande esperança de encontrar alguma coisa que as fizesse acreditar, fazer entender que a vida delas pudesse ser diferente, não é? Portanto, eu acho que teve e continua a ter uma missão importantissima na vida social das pessoas.
P: Esta instituição é uma associação, uma cooperativa, uma sociedade mútua, uma fundação?
R: Uma sociedade mútua.
P: Qual a principal razão que levou à abertura desta instituição?
Motivo
<continued by> 2:1
<continued by> 3:1
Motivo
Motivo
Tipo de Instituição
Tipo de Instituição
Motivo

Após as entrevistas inseridas, foram codificados / categorizadas as mesmas, tendo surgido daí 17 categorias tendo sido reagrupadas ficando no final 15 (Figura 4.3).

Figura 4.3: Categorias



Frequency table: codes by primary documents

File Edit Format Insert Help

Courier New 10

CODES-PRIMARY-DOCUMENTS-TABLE (CELL=Q-FREQ)
Report created by Super - 25-10-2010 23:59:45
"HU: [C:\Users\Karine\Desktop\Análise Conteúdo.hpr6]"

Code-Filter: All [15]
PD-Filter: All [3]
Quotation-Filter: All [72]

	PRIMARY DOCS			
CODES	1	2	3	Totals
Características	2	1	2	5
Cariz Social	3	1	1	5
Desenvolvimento Sust	2	1	1	4
Dificuldades	3	2	1	6
Empreendedor	2	1	1	4
Empreendedorismo	2	1	1	4
Empreendedorismo Soc	2	1	1	4
Formação-base	2	1	1	4
Fundador	2	0	1	3
Influências	2	1	1	4
Motivo	5	2	2	9
Objectivos	2	1	1	4
Preço	4	1	2	7
Tipo de Instituição	2	1	1	4
Visão em geral	3	1	1	5
Totals	38	16	18	72

Estas categorias foram agrupadas consoante a divisão efectuada durante a entrevista em 3 famílias – Conceitos-base acerca da Instituição, o empreendedor e a projecção da Instituição na sociedade, depois do qual foram atribuídas as respectivas citações dos entrevistados relativas a cada categoria, e atribuir-lhes as respectivas unidades de significado, permitindo seguidamente elaborar gráficos resumidos e que mostram as relações existentes. (Figuras 4.4, 4.5 e 4.6)

Figura 4.4: Conceitos-base acerca da Instituição

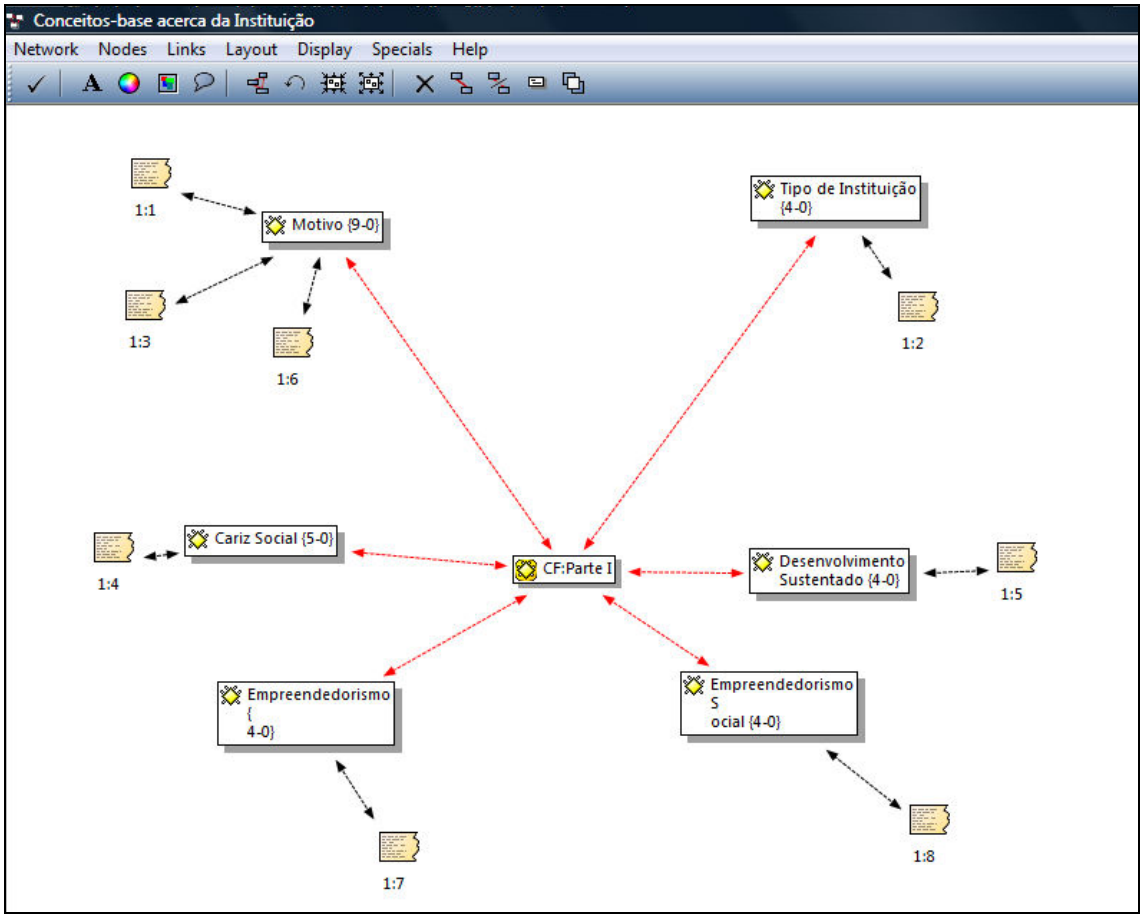


Figura 4.5: O empreendedor

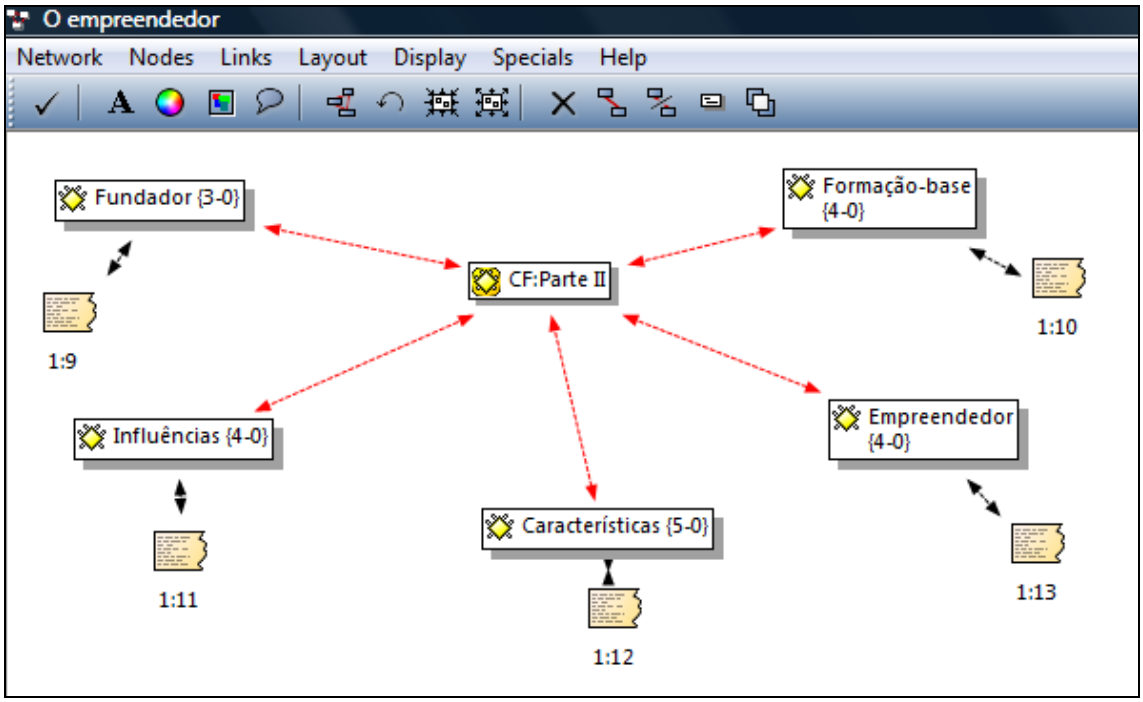
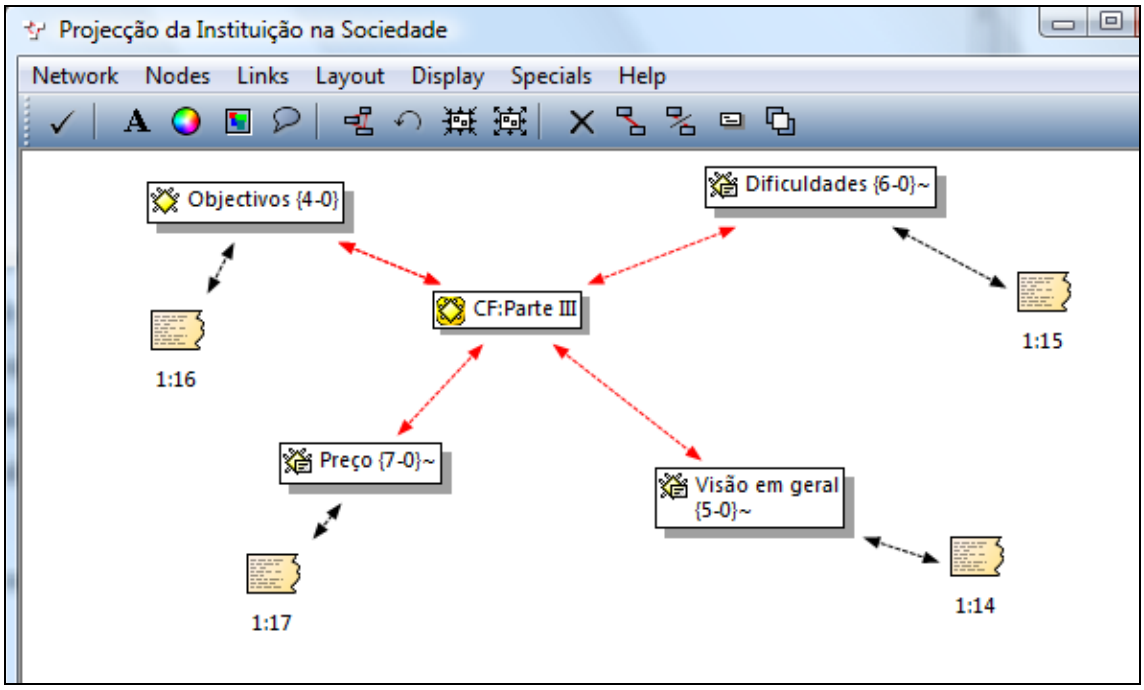


Figura 4.6: Projecção da Instituição na Sociedade



No final e com base em toda esta análise de conteúdo foi elaborado um relatório descritivo tendo por base todo o estudo e revisão bibliográfica.

CAPÍTULO V

Caracterização das Instituições

5.1. AS IPSS DE 1ª LINHA

As IPSS de 1ª Linha consistem em instituições financiadas em absoluto pelo IDT e Segurança Social, que incidem a sua área de tratamento na prevenção de comportamentos de risco retirando pessoas da rua e dando-lhes um local, com regras intrínsecas a serem cumpridas sob pena de exclusão, onde possam, além de tomar a medicação (financiada pelo IDT para, aproximadamente, 200 utentes), dormir (com capacidade para 17 utentes), tratar dos seus cuidados de higiene (é fornecido todo o material necessário a todos os que quiserem sendo que para os utentes que dormem na instituição é de carácter obrigatório), alimentar-se (sendo fornecidas aproximadamente 200 refeições de pequeno-almoço, almoço e lanche e, além disso, jantar e ceia para os que dormem na instituição) e receber acompanhamento psicológico (individual, sociodrama e sessões de educação para a saúde para todos os utentes acompanhados na Instituição).

No que diz respeito à toma da medicação, a Instituição estudada, em parceria com o IDT e CRIs (onde estes utentes são seguidos a nível psiquiátrico) administra todo o tipo de medicação necessária àquele utente, inclusive metadona, vigiando a toma correcta da mesma e fazendo o controlo necessário das quebras de tratamento por parte dos utentes (testes sumários de urina semanalmente ou de 15 em 15 dias) e encaminhando imediatamente, em caso de não cumprimento do programa de terapêutica para os CRIs responsáveis por aqueles utentes de modo a ser chamado à razão ou encaminhado para outro programa de tratamento.

A maioria dos utentes que usufruem dos cuidados desta Instituição vem com as equipas de rua (equipa que pertence à Instituição e que pretende fornecer refeições básicas e cuidados mínimos de minimização de atitudes de risco nas ruas do Porto), ou encaminhados pelos CRIs como primeira abordagem ou ainda transferidos de Hospitais da zona, mas sempre sozinhos ou com acompanhamento de técnicos, uma vez que, segundo a enfermeira da Instituição, nenhum dos utentes acompanhados na casa têm qualquer laço ou ligação com a família. Sendo assim, os utentes que apresentem piores condições físicas, ou seja, maior nível de debilidade, têm critérios preferenciais para a entrada na Instituição de um modo mais efectivo (5 refeições, cama e roupa lavada) assim como utentes a realizar terapêutica anti-bacilar.

Este tipo de Instituição é assim considerada uma instituição de cariz provisório em que o tempo limite de "ajuda total" é de 9 meses, podendo prolongar-se até aos 12, depois dos quais, e dependendo do comportamento do utente, ele poderá ser encaminhado para uma Comunidade Terapêutica através dos CRIs ou terá de voltar às ruas arranjando dinheiro para sobreviver sendo que a ajuda terapêutica, a possibilidade de auto-higienizar-se e comer no pequeno-almoço e almoço se podem manter na mesma Instituição ou noutra mais perto do local onde o utente viva.

Neste caso, o sucesso do tratamento e segundo a enfermeira da Instituição entrevistada *"Depende do que considerarmos como sucesso! Se considerarmos sucesso em matéria de saúde pública, o utente deixa de estar na rua, ser devidamente acompanhado em termos de saúde, as necessidades humanas básicas serem satisfeitas,… diria 100% de sucesso!"*, porque o sucesso relativo ao resolver do problema da adição é quase nulo.

5.2. AS IPSS 2ª LINHA (COMUNIDADES TERAPÊUTICAS)

As IPSS de 2ª linha são consideradas Comunidades Terapêuticas uma vez que compreendem um regime de internamento "fechado" em que o utente se encontra internado na Instituição, fazendo a sua vida dentro dela e saindo apenas quando autorizado pelos técnicos da mesma.

Nesta IPSS de 2ª linha estudada, os utentes podem apenas ser do sexo masculino (apresentando uma lotação máxima de 20 pessoas), não podem vir com nenhuma doença activa (como a Hepatite ou a tuberculose) nem com psicoses descontroladas. O problema da adição pode ser relacionado com as drogas mas também com o álcool sendo encaminhados pelos CRIs ou pelas Unidades de Alcoologia respectivamente, sendo estas as únicas formas de entrada na Instituição e vindo acompanhados normalmente pelos técnicos destes organismos ou por familiares.

Quando dão entrada na Instituição, o processo clínico dos utentes é transferido para o Centro de Saúde da área da Instituição porém, é seguido por um médico de clínica geral e pelo psiquiatra dentro da Comunidade. Têm uma consulta de Psicologia com a psicóloga da casa para avaliar o estado do utente à entrada e poder traçar-se um percurso de tratamento, e têm uma visita guiada da "casa" com os residentes mais velhos da Instituição que os vão ambientar nas regras do mesmo.

O tratamento é dividido em 4 fases em que o utente tem de estar preparado para avançar cada uma das fases, sendo um processo individualizado e não protocolado. Para isso, todos têm acompanhamento em terapias de grupo (preferencialmente) e terapias individuais quando apresentam necessidade de tal sendo avaliados em todas as terapias pelos técnicos.

Sendo um internamento fechado e havendo apenas 2 terapias diárias, os residentes ocupam os tempos livres dentro da casa com a horta (cultivando um terreno que pertence à casa e alimentando-se do mesmo), com o atelier de pintura (onde têm telas e tintas), com o atelier de artes plásticas e ginástica porém sempre acompanhados por monitores psicossociais. Fora da casa, têm saídas para jogos de futebol, piscina e idas à praia (no Verão) uma vez por semana, idas ao cinema uma vez por mês também sempre acompanhados por monitores. Em relação a saídas como por exemplo as idas ao café durante a tarde ou idas ao dentista, os residentes saem acompanhados de

residentes mais velhos nas 2 primeiras fases do tratamento mas nas 2 últimas é-lhes dada a responsabilidade de irem sozinhos, sendo que, à chegada, são sujeitos ao controlo analítico de urina.

O processo de internamento tem um custo de 1500 euros mensais e é financiado pelo IDT (80% = 1200 euros) que segundo a directora da Instituição *"serve para esta casa existir"*, e pela Segurança Social (20% = 300 euros) para as saídas, para os cuidados de saúde orais, para tabaco,… O tratamento pode ir de 12 a 18 meses (sendo que após os 12 meses tem de ser justificado ao IDT o porquê do prolongamento) indo normalmente até aos 18 meses uma vez que segundo a entrevistada *"A partir de 1 ano podem sair com alta clínica programada"* e este dinheiro que vem do IDT e Segurança Social é usado para o utente "estabilizar-se na vida" – dar entrada nas rendas de uma casa, mobilar a casa, comprar umas roupas, arranjar um primeiro emprego, ou seja, tornar-se apresentável para entrada na vida social activa.

Os casos de sucesso são vários, segundo a Instituição, que o sabe através dos Follow-up efectuados de carácter obrigatório por ordem do IDT e das reuniões familiares que não são financiadas (que acontecem mensalmente e na qual participam familiares de utentes residentes mas também não residentes que vão dando o feed-back), porém a taxa de ocupação da Instituição raramente se encontra nos 100%.

5.3. AS CLÍNICAS PRIVADAS

As Clínicas Privadas enquadram-se na denominação de Comunidades Terapêuticas sendo que têm modalidades de pagamento comparticipadas inteiramente pelo IDT em conjunto com a Segurança Social, modalidades em que o IDT paga uma parte e a família/próprio outra parte ou, inteiramente pagas pela família/próprio.

5.3.1. Clínica Privada do Distrito de Braga

A Comunidade Terapêutica do Distrito de Braga estudada apresenta, segundo eles, apenas duas modalidades de pagamento perfazendo o custo do tratamento um total de 1575 euros mensais:

- IDT (80% = 1260 euros) + Segurança Social (20% = 315 euros) - 38 camas;
- IDT (80% = 1260 euros) + Família (20% = 315 euros) - 17 camas.

Segundo o coordenador técnico da Instituição entrevistado, destes 315 euros pagos totalmente ou em parte pela Segurança Social, 180 euros são para uma chamada "taxa familiar para a Instituição" e os restantes 135 euros para o utente (tabaco, saídas,…)

A Instituição está licenciada para receber utentes com todo o tipo de patologia relacionada com a adição, estejam eles compensados ou não, sejam eles adultos ou crianças, homens ou mulheres, tendo na comunidade, médico de clínica geral, psicólogos e psiquiatra. Segundo eles, o único factor preferencial de entrada é a motivação (sendo feita uma primeira entrevista com um psicólogo e assistente social da casa de modo a avaliar essa motivação e condições de pagamento e uma visita guiada pela casa com residentes mais velhos de modo a despertar o interesse do utente) para diminuir o número de desistências do tratamento e o não trazer nenhuma patologia física activa (para não contaminar os restantes residentes da casa).

Todas as camas são ocupadas por requerimento de CRIs, CPCJs (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens), Autarquias, Tribunais, Privados, Médicos de Família, Segurança Social, sendo que a comparticipação é efectuada por pedido ao IDT e à Segurança Social e atribuída ou não por este último segundo o Rendimento Familiar apresentado.

Antes da entrada na casa têm de ser realizadas análises, teste da tuberculina, Rx tóracico (obrigatório por lei) e endoscopia para o caso dos alcoólicos (não obrigatório por lei mas exigido pela Instituição devido aos graves problemas do Sistema gastrointestinal apresentados por estes utentes).

O tratamento é dividido por fases em que os utentes só passam se estiverem preparados para tal perfazendo o tempo total de tratamento de 9 meses a 1 ano podendo, porém, pedir-se um aumento até aos 18 meses ao IDT, sendo apenas pedida pela Instituição em casos de mulheres com filhos pequenos de modo a que, com o dinheiro recebido, possa estabelecer-se neste inicio de vida independente e socialmente activa.

Num primeiro mês de tratamento (fase pré-comunitária) o utente é colocado num meio mais exterior mas sempre dentro da comunidade para se ir habituando ao ambiente e têm saídas em grupo para tomar café até 2 vezes por semana. À medida que vai avançando nas fases de tratamento começa a ir passar uns fins-de-semana a casa (nas primeiras vezes acompanhado de um residente mais velho) e, numa fase mais final podem ter saídas sozinhos, quer a casa, quer às aulas (no contexto do Programa das Novas Oportunidades, por exemplo), sendo que sempre que têm saídas da casa são sujeitos a um controlo analítico de urina.

Durante todo o tratamento, o utente tem acompanhamento psicológico individual e em grupo (Psicoterapias emocionais, Psicodrama, Terapia familiar) estando constantemente a ser avaliados pelos monitores e psicólogos e até por eles próprios uma vez que são obrigados a traçarem metas individuais (como é o caso da redução de consumo de tabaco). Para ocupação de tempos livres, os utentes têm ao seu dispor Matrecos, Internet (para uso devidamente especificado), Piscina (dentro da casa), Jardim (Jardinagem), Jogos de Futebol, Cozinha (são os utentes que cozinham na casa), Televisão, saídas ao café da zona até 2 vezes por semana em grupo, e saídas para as aulas na cidade mais próxima no Contexto das Novas Oportunidades (numa fase final do tratamento).

A Instituição apenas fornece apoio familiar (de modo a fomentar a reaproximação do utente com a família) e ao próprio utente durante o tempo de internamento) e não no pós-internamento referindo que *"Esse acompanhamento que me pergunta não tem acompanhamento legal, portanto não podemos dar aquilo que*

não nos pagam!". Num balanço geral, no final da entrevista, o coordenador técnico da Instituição definiu a taxa de sucesso da mesma como:*"Acho que temos um nível de sucessos que nos satisfaz mas também temos montes de insucessos!"*, referindo aproximadamente 50% de casos de recaídas na Instituição.

5.3.2. Clínica Privada do Grande Porto

A Comunidade Terapêutica do Grande Porto estudada apresenta, segundo eles, as 3 modalidades de pagamento possíveis tendo sido ocultado o valor final do tratamento:

- IDT (80%) + Segurança Social (20%);
- IDT (80%) + Família (20%);
- Família (100%).

Segundo o director técnico da Instituição entrevistado, os valores não são convenientes de referir pelo facto de não ser sempre o mesmo preço para toda a gente. Isto porque existem X camas protocoladas com utentes encaminhados pelos CRIs e Tribunais (em que o IDT financia grande parte do tratamento em conjunto com a Segurança Social ou com a família) e as outras camas são para utentes particulares. Existem situações pontuais em que famílias vão procurar a ajuda da Instituição mas não têm dinheiro para financiar o tratamento por completo e as camas protocoladas estão completas. Nestes casos e segundo o entrevistado *"temos de apelar ao coração"* de modo a poder reduzir o preço de tratamento a estes utentes, sendo que para isso, tem de se subir o preço a outros utentes com mais possibilidades.

Antes da entrada na Instituição é realizada uma entrevista com o potencial cliente para verificar se existe ou não ou problema da adição *"porque há pessoas que acham que os familiares têm esse problema e afinal têm apenas um distúrbio mental"* e em seguida verifica-se a capacidade de camas comparticipadas ou particulares, masculinas e femininas para avaliar a possível entrada na casa.

No intra-internamento imediato, o utente tem de realizar análises (uma empresa privada vem realizar as colheitas e apresenta os resultados) sendo que depois, durante

todo o internamento realiza apenas o controlo analítico de urina e do balão quando saem oficialmente da casa.

O tratamento é realizado segundo o Modelo Minessota ou teoria dos 12 passos em que os utentes são seguidos psiquiatricamente (2 vezes por semana ou sempre que o utente necessite) e psicologicamente (com terapias individuais e em grupo diárias) com uma duração mínima de 84 dias, que usualmente se estende até aos 100 dias (entre as 15 e 16 semanas) sem porém, apresentar um tempo máximo.

Para ocupação de tempos livres, os utentes usufruam de idas à Piscina semanalmente, idas ao Café regularmente, idas ao Cinema regularmente, idas a Museus (dependendo dos grupos residentes na casa na altura), Jogos de futebol quando o tempo o permite semanalmente, idas à praia no Verão, saídas com as famílias de 15 em 15 dias a partir do 1º mês de tratamento, idas diárias ao pão de manhã em grupos de 3 (2 dos mais velhos e 1 dos mais novos).

No final do tratamento, e de modo gratuito, esta Instituição fornece uma grande segurança aos seus utentes com uma linha de assistência 24h em que o utente pode ligar sempre que precisar. Além disso, "*depois do tratamento, a pessoa fica incubida de fazer um dia de vivência connosco, ou seja, passar aqui a 5ª feira (que é o dia estipulado para esse tipo de situações) como se ainda estivesse internado, faz as coisas que qualquer outro residente faz. E ao sábado de 15 em 15 dias têm um grupo, onde é feita uma terapia de grupo só para ex-residentes, pessoas que já acabaram o tratamento."*

Esta Instituição apresenta uma taxa constante de 100% de ocupação e de quase 100% de sucesso com a certeza de que *"Falando só em casos de situação de recaída posso lhe dizer que, imagine, 100 pessoas que saiam daqui e 100 pessoas que recaiam, quase de certeza que 90% voltam para aqui!"*

5.4. COMPARAÇÃO ENTRE AS 3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A comparação entre as Instituições estudadas será apenas realizada em relação às que são consideradas Comunidades Terapêuticas uma vez que, a IPSS de 1ª Linha estudada não se enquadra no método de trabalho das outras três por não ser um tratamento em regime "fechado".

Assim, este ponto será subdividido em três pontos em separado que tratarão do pré-internamento, intra-internamento e pós-internamento respectivamente.

5.4.1. Pré-Internamento

Os CRIs e Tribunais encaminham utentes para todas as Instituições, sejam elas IPSS ou Privadas, porém com limite de camas no que diz respeito a alguns privados (como é o caso da do Grande Porto), sendo que as restantes camas são apenas ocupadas por particulares e totalmente financiadas pelos próprios.

Os problemas familiares e comprometimento das relações familiares no pré-internamento encontram-se frequentemente presentes, sendo a reconciliação dos mesmos uma das metas mais importantes de todas as Instituições estudadas.

Quanto aos métodos de selecção das Instituições, a IPSS estudada aceita apenas utentes do sexo masculino, maiores de idade e sem nenhuma patologia activa ou descompensada. A CPB (Clínica Privada de Braga) apenas tem como critério a motivação do utente para o tratamento. A CPP (Clínica Privada do Porto) não tem critérios explícitos, apenas gerem as vagas que têm a nível de sexo e de comparticipação.

Em relação às consultas pré-internamento, elas existem em todas as instituições com o Psicólogo da casa, com o Psiquiatra apenas na CPP, com o médico de Clínica Geral nas 2 Instituições Privadas (uma vez que na IPSS o utente vem directamente do CRI e *"já vem estudado"*) e com os residentes (questão estratégica de persuasão) na IPSS e na CPB.

5.4.2. Intra-Internamento

Verificou-se que em todas as comunidades estudadas, as patologias do foro psiquiátrico (essencialmente a esquizofrenia) e físico (essencialmente as hepatites) associado à adição da toxicodependência se encontra presente sendo seguidos, por isso, tanto por psicólogos, como por psiquiatras, como médicos de clínica geral em todos eles, sendo um dos princípios orientadores de NIDA (1999) para o tratamento. Sendo assim, e no intra-internamento imediato, aqueles que não tragam já exames recentes realizados, fazem o rastreio dentro da Instituição, uma vez que os programas de tratamento têm de incluir rastreio a doenças como HIV, tuberculose, hepatite B e C, de modo a poder dar-se o tratamento adequado aos indivíduos e devido aconselhamento quando portadores para não haver disseminação. A única inovação nesta área, encontra-se na CPB, na realização de uma endoscopia no caso dos utentes que vêm realizar tratamento alcoólico devido às patologias do foro gastrointestinal relacionadas com esta adição.

As terapias existentes nas 3 instituições baseiam-se essencialmente em terapias de grupo mas no caso das Instituições Privadas, também em terapias individuais, em que os indivíduos são avaliados constantemente pelos monitores/ psicólogos e subdividindo as etapas de tratamento. No caso da IPSS e da CPB é subdividido em 4 fases num total que pode ir de 12 a 18 meses (sendo que no caso dos 18 meses, os últimos 6 meses são já fora da Instituição servindo o dinheiro recebido pelo IDT e SS (Segurança Social) para estabilizar a vida do utente), no caso da CPP é subdividido em 12 passos específicos que os indivíduos têm de avançar ao seu ritmo até atingir a reabilitação (atingindo normalmente as 15-16 semanas o que é suficiente uma vez que segundo NIDA (1999) os 3 meses de tratamento marcam o limiar da melhoria). Em casos em que os utentes não conseguem reabilitar-se de modo contínuo, a CPP é a única Instituição que não estabelece tempo máximo para tratamento.

Na IPSS e na CPB o número de casos de recaídas e de primeiro internamento é muito semelhante enquanto na CPP 90% dos casos são de primeiro internamento. No que diz respeito à taxa de internamento, só na CPP é que se encontra nos 100%.

O financiamento dos tratamentos nas Instituições é feito inteiramente pelo IDT e SS no caso da IPSS em 80% e 20% respectivamente, em 80% pelo IDT e 20% pela família ou SS no caso da CPB e na CPP nestas 2 modalidades e ainda 100% particular.

No que diz respeito às condições físicas das Instituições, todas têm psicólogos, psiquiatra (nenhuma delas em que esteja diariamente na casa), assistente social e médico de clínica geral. Por sua vez, os monitores psicossociais não se encontram presentes na CPB.

Em relação à ocupação de tempos livres, a IPSS e a CPP têm modos muito parecidos de actuação com uma grande diversidade e actividades exteriores à Instituição, porém a CPP oferece mais frequentemente estes serviços do que a IPSS. No que diz respeito à CPB as actividades são muito mais intrínsecas à casa com um leque de actividades alargado dentro da mesma mas muito restritivo no que diz respeito ao exterior (apenas 2 saídas semanais ao café enquanto na CPP são diárias, por exemplo).

5.4.3. Pós-internamento

O acompanhamento pós-internamento dos utentes é, em todo o processo, onde se encontram mais diferenças por não ser remunerado nem pelos particulares nem pelo IDT ou SS. Enquanto na IPSS é realizado um Follow-up (obrigatório por ordem do IDT) através de chamadas telefónicas para saber o que se passa com os utentes, na CPP existe uma linha de apoio disponível 24 horas para aconselhamento e/ ou necessidade do utente de conversar, existe um dia estipulado todas as semanas em que o utente tem de estar na casa e fazer tudo o que os outros residentes fazem, e ainda, uma terapia de grupo de 15 em 15 dias ao sábado durante um período de 6 meses, não se expulsando, porém, ninguém no final deste tempo. A CPB não oferece nenhum serviço pós-internamento aos utentes referindo apenas não lhes fechar a porta se eles vierem visitá-los. No que diz respeito às famílias, tanto na IPSS como na CPP elas continuam a ter apoio por parte da Instituição com reuniões mensais enquanto na CPB não recebem qualquer apoio.

Em matéria de reinternamentos dos mesmos utentes por recaída, a CPP é a única que refere que todos os utentes que passaram pela casa e recaem, voltam para lá. A IPSS e a CPB não têm casos desses.

Quanto à taxa de sucesso, a única que apresenta óptimos níveis é a CPP sendo que a CPB e a IPSS auto-avaliam-se em aproximadamente 50%, frisando que não têm estudos fidedignos para apresentar este tipo de dados.

5.5. CONCLUSÕES

Depois de realizadas e analisadas as entrevistas, é notória a semelhança nos preços praticados por todas as Instituições e a semelhança no que diz respeito aos métodos de tratamento. Porém, salientam-se os pormenores que, no seu todo fazem a grande diferença.

Provavelmente, a CPB teria mais possibilidades para realizar mais actividades fora do contexto da Instituição (como é o caso da CPP) e não o faz, enquanto a IPSS, talvez com menos possibilidades, fazem-no porque é uma óptima forma de dar alguma "liberdade" aos utentes, de potenciar-lhes e incutir-lhes responsabilidade, o que é muito importante nesta fase de tratamento. A CPB também é a única a não ter monitores psicossociais a trabalhar na Instituição, ou seja, nos tempos em que não têm terapia (seja ela em grupo ou individual), os utentes estão sozinhos ou na companhia de auxiliares de acção médica e não com monitores psicossociais que os mantém ocupados e os trata de forma mais profissional.

Outra das diferenças notórias é o tempo de tratamento das Instituições uma vez que, enquanto a IPSS e a CPB aproveitam o que está estipulado na lei, isto é, que o tratamento é de 12 meses e que pode prolongar-se até aos 18, para tratarem o utente em exactamente de 12 a 18 meses, enquanto a CPP tem um tratamento de aproximadamente 15 semanas (3-4 meses) seja para particulares, seja financiado pelo IDT.

Por fim, o acompanhamento pós-internamento demonstrou-se inexistente no que diz respeito ao CPB, segundo eles, por não ser financiado, enquanto na CPP se demonstrou altamente completo e abrangente. No que diz respeito à IPSS este acompanhamento é feito ao utente mas apenas por ser obrigatório pelo IDT sendo porém, de louvar o acompanhamento às famílias.

Segundo NIDA (1999), o fomentar da participação em programas de auto-ajuda depois de finalizado o tratamento para evitar recaídas ou fornecer esse serviço é um dos princípios orientadores bases e, talvez por todas estas diferenças demonstradas por parte da CPP em relação à CPB e IPSS é que a primeira tenha uma taxa de aproximadamente 100% de sucesso, as outras rondam os 50%.

Assim, e após a caracterização das instituições, conseguimos dar resposta às 3 primeiras proposições. No que diz respeito à **Proposição 1** *"As Clínicas Privadas têm métodos mais variados e abrangentes de tratamento do que as IPSS"* verificou-se estar incorrecta. Quanto à **Proposição 2** *"As Clínicas Privadas têm uma taxa de sucesso mais elevada do que as IPSS"* apresentou-se real comparando a CPP e as IPSS mas não em relação à CPB. Em relação à **Proposição 3** *"As Clínicas Privadas têm melhores condições físicas do que as IPSS"* também não foi comprovada em relação a nenhuma das instituições.

CAPÍTULO VI

Análise de Conteúdo

6. 1. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Depois de realizada a análise detalhada do conteúdo das 3 entrevistas realizadas aos directores de uma Clínica Privada, uma IPSS de 1ª Linha e uma IPSS de 2ª Linha respectivamente, foi elaborado um relatório descritivo e explicativo dos mesmos, sendo que podemos englobá-las todas dentro do ES uma vez que denotam todos uma iniciativa sem fins lucrativos em busca de estratégias de financiamento ou sistemas de gestão alternativas para criar valor social (Austin, Stevenson & Wei-Skiller, 2003; Boshee, 1998).

Este relatório encontra-se subdividido em quatro partes – as três partes em que se encontram divididas as entrevistas (conceitos base acerca da instituição, o empreendedor e a projecção da instituição na sociedade) e uma última parte conclusiva.

6.1.1.Conceitos-base acerca da Instituição

As Comunidades Terapêuticas estudadas admitiram estar em funcionamento com o grande objectivo, de resolver o problema da toxicodependência e/ou alcoolismo e consequente reinserção dessa pessoa na sociedade, tendo sido motivados na abertura pela falta de instituições, na altura, para tratar este tipo de problema. Sendo assim, vai de encontro à definição de ES de Alvord *et al*. (2004), Ashoka Innovators (2000) e Seelos & Mair (2005) como um meio para aliviar os problemas sociais e catalisar as transformações sociais.

As IPSS estudadas são Associações sendo, segundo Freyman & Richomme-Huet (s/d), uma instituição em que duas ou mais pessoas se juntam de modo permanente partilhando conhecimentos ou desenvolvendo actividades partilhando, de seguida, os benefícios de utilidade pública.

A Clínica Privada estudada é uma sociedade mútua o que, segundo Freyman & Richomme-Huet (s/d) é uma entidade autónoma de um grupo de voluntários que se distingue da anterior pelo facto de operarem sozinhos, com os seus próprios fundos e não com capital social.

Porém, a IPSS de 1ª Linha (também associação), por não ser uma instituição com tratamento "fechado", coloca a sua missão num patamar inferior mas não menos importante, *"(...) pretende alterar o padrão de consumo para padrões e formas de consumo menos danosas para o organismo e que não propiciem tanto o aparecimento de doenças associadas ao consumo e num segundo momento pretende encaminhar para tratamento…"*, tratamento este realizado em Comunidades Terapêuticas.

Depois de explicitarem a missão da Instituição, todos se consideraram instituições de cariz social que contribuem para o desenvolvimento sustentado da sociedade por serem *"organizadores de território"* (P2 - director da IPSS 1ª Linha), por tirarem *"pessoas do meio da rua, pessoas que estão a dar despesa às famílias, despesas inclusivamente à sociedade e as transforma em pessoas perfeitamente capazes de trabalhar e de criar uma família"* (P1 – director da CPP), indo de encontro à definição de ES de Seelos & Mair (2005) como o "responsável" pelo alcançar do desenvolvimento sustentável.

Quando questionados acerca dos conceitos de Empreendedorismo e ES, enquanto P1 entende que o primeiro é "*fazer crescer alguma coisa"*e o segundo em relação aos mais desfavorecidos, P2 entende que é *"o gosto de correr risco, de fazer o que ninguém faz"* e o ES que *"visa o bem-estar da população-alvo"*, e por sua vez, P3 entende o primeiro como uma "*construção que tem que vir de uma motivação mais interna do indivíduo"* e o segundo ser-se assim *"dentro de um sítio onde normalmente existem muito fundos…"*

6.1.2. O empreendedor

Nenhum dos três directores entrevistados é o fundador da instituição onde presta funções sendo que dois deles admitem ter conseguido ocupar o cargo por influências exteriores. O P1 admitiu ter sido, também toxicodependente há uns anos atrás e, devido a esse laço que se criou entre esta área e o próprio e pelo apoio dos amigos e conhecidos optou por exercer nesta área ocupando logo o cargo de director terapêutico, mesmo tendo como formação de base Português-Inglês. Daí, as experiências passadas terem sido um factor importante para o cargo ocupado, como referem Barendsen e Gardner (2004).

P2 também admitiu que as influências da rede social onde estava inserido tiveram grande influência na ocupação do cargo, uma vez que segundo ele, foi ocupá-lo "*sem grande experiência e sem grande reputação"*. P3 por sua vez, afirma que o único factor que influenciou a ocupação do cargo que ocupa agora foi o *"currículo na área das drogas, experiência nesta área de comportamento desviante."*

Quando questionados acerca das suas características, todos se auto-denominaram como Inovadores, P1 e P2 como independentes e P3 como criadora e mira oportunidade. Quanto ao perfil empreendedor, P1 considera-se um empreendedor social e não comercial *" porque não me dou muito a lucros"*; P2 não se considera empreendedor porque "*nem sempre tem gosto pelo risco"*; P3, por sua vez, considera-se já um bocadinho mais empreendedora, tanto social como comercial desde há uns tempos, indo também de encontro à característica "mira oportunidade" com a qual se definiu.

6.1.3. Projecção da Instituição na Sociedade

No que diz respeito à opinião dos directores em relação à visão que a população em geral tem da instituição, P1 acha que estão muito bem também por *"a nossa taxa de ocupação é quase sempre de 100% é porque realmente quem precisa nos dá valor"*. P2 e P3, por sua vez consideram serem *" mais uns a viver aqui!"*.

Quanto aos objectivos da Instituição, todos se centraram apenas na reabilitação do individuo e respectivo bem-estar e nunca no bem-estar financeiro da instituição.

Quanto às principais dificuldades apontadas, P1 resume-se apenas às dificuldades sociais, na mentalidade das pessoas acerca desta problemática, P2 refere a falta de meios físicos (falta de camas) e P3 a falta de meios financeiros.

Em relação aos preços usados por cada Instituição, os tratamentos em P2 e P3 são exclusivamente financiadas pelo IDT e Segurança Social numa tarifa fixa por cada utente que têm de gerir enquanto P1 refere que existe uma tarifa fixa mensal, porém, esta é ajustada consoante as possibilidades financeiras de cada um, indo de encontro à definição de empresa social segundo Christie & Honig (2006) no qual defendem que o seu principal interesse é o de criar valor acrescentado e social, do qual vão usufruir os beneficiários que não têm meios para pagar o custo integral dos serviços por ela

prestados sendo que apenas uma variável pode ser definida como condição necessária - a total dedicação tanto para o sucesso do empreendimento como para a rede social do mesmo.

6. 2. PERFIL DOS EMPREENDEDORES

Depois de realizada a análise de todas as entrevistas podemos traçar um perfil de cada um dos empreendedores.

6.2.1. Perfil do Empreendedor P1

O empreendedor P1 é considerado totalmente um empreendedor social uma vez que tem como objectivo e ambição tornar uma ideia em realidade para benefício social, criando valor social (Nicholls, 2008), além de apresentar uma forte fibra ética (Catford, 1998; Drayton & Bornstein, 1998). Quanto às inúmeras características com que se poderia auto-identificar, referiu o "independente" e "inovador" indo de encontro com as que Weber (1930) caracteriza o empreendedor social.

6.2.2. Perfil do Empreendedor P2

O empreendedor P2 apenas se enquadra na definição de empreendedor social na medida em que tem de usar a sua rede social para a correcta gestão dos meios financeiros (que são cada vez mais escassos) fornecidos à instituição como indica Sharir & Lerner (2006). Quanto às características com as quais se identifica, referiu as mesmas de P1 indo de encontro, também, à definição de Weber (1930). Porém o empreendedor social tem de ser portador e combinar quatro características essenciais, entre elas, tolerar o risco (Peredo & McLean, 2006) e essa é uma das características que o nosso entrevistado referiu não tolerar.

6.2.3. Perfil do Empreendedor P3

O empreendedor P3 enquadra-se na definição de empreendedor social mas no limiar de tornar-se um empreendedor comercial, uma vez que tem uma forte fibra ética (Catford, 1998; Drayton & Bornstein, 1998). Auto-define-se como "Inovadora",

"Criadora" e "Mira oportunidade" podendo ser englobada nas definições de empreendedora social segundo Scumpeter (1934), Morris (1998) e Kirzner (1973). Porém, e aí incide o limiar entre os dois tipos de empreendedores é o facto de ela própria se identificar cada dia mais empreendedora mostrando-se altamente preocupada com os cortes no financiamento da instituição e denotando-se uma focagem na vertente económica (Dearlove, 2004) e não tanto na criação de valor social (Nicholls, 2008).

6. 3. CONCLUSÕES

Foram analisadas três entrevistas a três empreendedores de três instituições diferentes e verificou-se que têm os três perfis semelhantes em alguns aspectos mas totalmente diferentes em outros.

Após esta análise é possível verificar a veracidade das proposições realizadas inicialmente. Segundo a **Proposição 4** "*Os empreendedores sociais das Clínicas Privadas têm uma motivação financeira mais elevada do que os empreendedores sociais das IPSS"* o que não se verificou uma vez que a empreendedora social que revelou maior motivação financeira foi a da IPSS de 2ª Linha. Em relação à **Proposição 5** "*Os empreendedores sociais têm uma afinidade pessoal com o problema do uso ou abuso de substâncias psicoactivas"* verificou-se real uma vez que P1 referiu já ter sofrido do problema em causa, e P2 e P3 incidiram toda a sua formação profissional a esta área específica.

CAPÍTULO VII

Reflexões e Recomendações

7.1. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO

Depois de concluída esta investigação verificou-se que as Instituições que se dedicam à área da reabilitação tóxica encontram-se totalmente ou em parte (dependendo se é pública, Privada sem fins lucrativos ou Privada com fins lucrativos), controladas pelo IDT sendo este que faz a gestão dos utentes que frequentarão cada uma delas, o número de camas que cada Instituição pode ter (isto em relação às camas financiadas por eles), e as valências de tratamento que podem fornecer. Além disso, é o IDT que faz as avaliações de cada uma das Instituições com controlos regulares personalizados, follow-ups e contactos telefónicos, facilitando assim um maior controlo sobre todos os utentes que se encontram a ser tratados assim como o local onde estão e o percurso pós-internamento.

Através da análise das condições físicas de cada uma das Instituições foi notória a semelhança entre as 3 Comunidades terapêuticas englobadas no estudo (IPSS 2ª Linha, CPB e CPP), contrariamente ao que seria esperado, isto é, que as Clínicas Privadas tivessem melhores condições físicas que as IPSS.

No que diz respeito às condições de tratamento – terapias de grupo e aconselhamento individual verificaram-se condições muito semelhantes em todas as três Comunidades Terapêuticas, mas a nível de "liberdade" e de tempos de lazer controlados fora da Instituição, mostraram-se em proporção muito mais escassos na CPB, facto este que também não era esperado no inicio da investigação.

Em relação à duração do tratamento ele demonstrou-se mais curto na CPP em relação ao CPB e IPSS 2ª Linha. Enquanto no primeiro é de aproximadamente 4 meses, nos outros dois vai de 12 (mínimo) a 18 meses. Tal também se reflecte nas taxas de ocupação, uma vez que enquanto a CPP apresenta taxas de 100%, a CPB e a IPSS de 2ª Linha apresentam taxas na ordem dos 50% sendo que na CPB quase metade das camas existentes são protocoladas (e segundo eles, as que costumam ter uma ocupação de quase 100%).

O pós-internamento (que é um serviço que não pode ser cobrado de modo financeiro nem a particulares nem a nível financiado) foi onde se apresentou a diferença mais significativa em que a única instituição que apresenta tratamento/ aconselhamento pós-internamento tanto aos ex-residentes como às famílias é a CPP. A

IPSS 2ª Linha apenas mantém o apoio às famílias pós-internamento e um ou outro aconselhamento pontual aos ex-residentes. Quanto à CPB, não oferece nenhum tipo de apoio pós-internamento.

Numa segunda fase de análise de conteúdo foi traçado o perfil dos diferentes empreendedores apresentando-se todos eles como empreendedores sociais, sendo que o que apresentou maior motivação financeira, contrariamente ao esperado, foi o empreendedor da IPSS de 2ª Linha.

De seguida apresentar-se-ão as limitações específicas da investigação e respectivas sugestões.

7.2. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

O estudo de investigação realizado apresenta algumas limitações que surgiram espontaneamente ao longo do estudo.

A primeira limitação tem a ver com o número de Instituições de cada tipo (particulares e IPSS das duas linhas) foi escasso e foi devido a uma enorme dificuldade em fazer com que o estudo fosse aceite por parte das instituições, principalmente as privadas. Mesmo depois de aceite pelos directores das mesmas, a marcação das entrevistas foi adiada, em alguns casos, durante meses.

Outra limitação do estudo foi o facto de ele ter sido iniciado na perspectiva de ser desenvolvido numa análise quantitativa, porém quando chegados à parte prática, apresentou-se a necessidade de reformulação, passando para qualitativa.

Uma última limitação, prende-se com o facto de existirem ainda poucos trabalhos de investigação acerca do empreendedorismo social na área da saúde, e nenhum na área da reabilitação tóxica especificamente, tornando mais difícil o estudo em si, mas também, mais motivador e inovador para os investigadores.

7.3. SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Sugere-se que sejam realizados estudos de investigação acerca das vantagens e desvantagens da coordenação total do IDT nas instituições da área da reabilitação tóxica.

Sugere-se que sejam realizados estudos com as mesmas características deste mas mais abrangentes, com maior número de instituições.

Sugere-se a realização de um estudo ao longo de alguns anos, de modo a avaliar as instituições de modo fidedigno no que diz respeito a tratamentos usados e efeitos nos utentes / família.

Sugere-se ainda a realização de estudos na área do empreendedorismo social na área da saúde mas noutras subáreas como é o caso das clínicas com consultas de especialidade ou de meios complementares de diagnóstico.

Por fim, sugere-se a realização de um estudo comparativo abrangendo os serviços hospitalares públicos e privados, por exemplo, no que diz respeito ao serviço de Urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Acs, Z. (2002). *Innovation and the Growth of Cities.* Cheltenham: Edward Elgar.

Albreeht, J. (2002). Environmental issue entrepreneurship: a Schumpeterian perspective. *Futures,* 34: 649-661.

Aldrich, H. & Zimmer, C. (1986). "Entrepreneurship through social networks" in Donald, S. and Smilor, R. (eds.). *The Art and Science of Entrepreneurship*. New-York: Ballinger.

Alvord, D. & Letts, C. (2004). Social Entrepreneurship and Societal Transformations: An Exploratory Study. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 40 (3): 260-282.

Amo, B. (2008). *Social Entrepreneurship. Antecedents and outcomes.* RENT XXII: Norway.

Anderson, A. & Jack, S. (2002). The articulation of social capital in entrepreneurial networks: a glue or a lubricant? *Entrepreneurship & Regional Development,* 14: 193-210.

Ashoka Innovators for the Public (2000). *Selecting Leading Social Entrepreneurs*. Washington, DC.

Ashoka Innovators for the Public (2004). *Social Entrepreneur*. Recuperado em 21 de Outubro de 2009 de http://www.ashoka.org/fellows/social_entrepreneur.cfm.

Astad, P. (1998). Grassroots ecopreneurs: Change agents for a sustainable society. *Journal of Organizational Change M*anage*ment*, 11 (2): 157.

Austin, J.; Stevenson, H. & Wei-Skillern, J. (2006). Social and Commercial Entrepreneurship: Same, Different, or Both? *Entrepreneurship Theory and Practice,* 31(1): 1-22.

Bacq, S. & Janssen, F. (2008). The Various Facets of Social Entrepreneurship: Literature Review and Classification. In Proceedings of RENT XXII - *Entrepreneurship as an Engine for Regional Development*, November 20-21, Covilhã.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo***.** Lisboa: Edições 70.

Barendsen, L. & Gardener, H. (2004). Is the Social Entrepreneur a New Type of Leader? *Leader to Leader,* 34: 43-50.

Bayliss, D. (2004). Ireland's Creative Development: Local Authority Strategies for Culture-led Development. *Regional Studies,* 38(7): 817.

Block, Z. & MacMillan, I. (1995). *Corporate Venturing: Creating New Businesses within the Firm.* Boston, MA: Harvard University Press.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bonacich, E. & Modell, J. (1980). *The Economic Basis of Ethnic Solidarity: Small Business in the Japanese-American Community*. Berkeley, CA: University of California Press.

Boshee, J. (1995). *Social Entrepreneurship: Some Non-profits Are Not Only Thinking About the Unthinkable, They're Doing It – Running a Profit.* The Conference Board Magazine, 32(3): 20–25.

Brouard, F. (2006). L'entrepreneuriat Social, Mieux Connaître le Concept. *Proceedings of the 23 Annual Conference of the Canadian Council for Small Business and Entrepreneurship,* Canada: Trois-Rivières.

Bruyat, C. (1993). *Création d'entreprise: Contribuitions épistémologiques et modélisation.* Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Grenoble 2.

Bruyat, C. & Julien, P. (2001). Defining the Field of Research in Entrepreneurship. *Journal of Business Venturing,* 16(2): 165-180.

Bucha, A. (2009). Empreendedorismo: Aprender a saber ser empreendedor. Lisboa: ed. RH.

Burke, A.; FitzRoy, F. & Nolan, M. (2002). Self-employment, wealth and job creation: The roles of gender, non-pecuniary motivation and entrepreneurial ability. *Small Business Economics,* 19: 255-270.

Busenitz, L.; West, G.; Shepherd, D.; Nelson, T.; Chandler, G. & Zacharakis, A. (2003). Entrepreneurship research in emergence: Past trends and future directions. *Journal of Management,* 29(3): 285-308.

Cantillon, R. (1775). *Essai sur la nature du commerce en general.* Institut national d´études démographiques, Paris.

Carland, J.; Hoy, F. & Carland, J. (1988). Who is an entrepreneur? Is a question worth asking. *American Journal of Small Business*, 12(4): 33-39.

Catford, J. (1998). Social Entrepreneurs Are Vital for Health Promotion – But They Need Supportive Environments Too. *Health promotion International,* 13(2): 95-97.

Chell, E. (2007). Social Enterprise and Entrepreneurship, Towards a Convergent Theory of the Entrepreneurial Process. *International Small Business Journal,* 25(1): 5-26.

Cho, A. (2006). Politics, values and social entrepreneurship: a critical appraisal. In Mair, J., Robinson, J. & Hockerts, K. (eds), *Social Entrepreneurship*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Christie, M. & Honig, B. (2006). Social entrepreneurship: New Research Findings. *Journal of World Business,* 41 (1): 1-5.

Cohen, L. & Musson, G. (2000). Entrepreneurial identities: reflections from two case studies. *Organization,* 7: 31-48.

Cohen, R. (2002). The dynamics of addiction in the clinical situation. In M. Weegmann & R. Cohen (eds). *The Psychodynamics of addiction*. London: Whurr.

Covin, J. & Slevin, D. (1991). A conceptual model of entrepreneurship as firm behaviour. *Entrepreneurship Theory and Practice,* 16: 7-26.

CRATO – Centro de Recuperação do Alcoolismo e Toxicodependência (2010). Consultado a 31 de Agosto em http://www.crato.net/

Czarniawska-Joerges, B. (1992). *Exploring complex organisations: a cultural perspective*. Newbury Park, CA: Sage.

Daly, H. (1991). *Operational Principles for Sustanaible Development*. Recuperado em 09 de Outubro de 2009, em http://www.rpts.tamu,edu/courses/460/Documents/Readings/Daly%201991.pdf.

Davidson, P.; Low, M. & Wright, M. (2001). Editor's introduction, Low and MacMillan ten years on achievement and future direction for entrepreneurship research. *Entrepreneurship: Theory and Practice*, 25(4): 5-16.

De Leeuw, E. (1999). Healthy cities: urban social entrepreneurship for health. *Health Promotion International,* 14: 261-269.

Dearlove, D. (2004). Interview: Jeff Skoll. *Business Strategy Review*, 15(2): 51-53.

Dees, G. (1998). The Meaning of Social Entrepreneurship. *Kauffman Foundation:* 1-5.

Dees, J. (2004). Rhetoric, reality and research: building strong intellectual foundations for the emerging field of social entrepreneurship. Presented at the *2004 Skool World Fórum on Social Entrepreneurship*, Oxford.

Dees, G. & Battle A. (2006). Framing a Theory of Social Entrepreneurship: Building on Two Scholls of Practice and Thought. In R. Mosher-Williams (ed.) *ARNOVA*

Occasional Paper Series – Research on Social Entrepreneurship: Understanding and Contributing to an Emerging Field, 1(3): 39-66.

Defourny, J. (2001). *From Third Sector to Social Enterprise*. In Borgaza C. e Defourny J. (eds.), The Emergence of Social Enterprise. London – NY: Routledge, 1-28.

Defourny, J. & Nyssens, M. (2008). Conceptions of Social Enterprise in Europe and the United States: Convergences and Divergences, Paper presented at the *EMES International Summer Scholl*, Corte.

Defourny, J. & Nyssens, M. (2006). Defining Social Enterprise. In Nyssens M. (ed.), *Social Enterprises: At the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society*. London-NY: Routledge, 3-26.

Desa, G. (s/d). Social Entrepreneurship: Snapshots of a Research Field in Emergence. *The 3rd International Social Entrepreneurship Research Conference.*

Dobers, P. (2003). Image of Stockholm as in IT-city: Emerging urban entrepreneurship, in Steyaert, C. & Hjorth, D. (eds), *New Movements in Entrepreneurship.* Cheltenham: Edward Elgar, p. 200-217.

Drayton, W. (2002). The Citizen Sector: becoming as Entrepreneurial and Competitive as Business. *California Management Review,* 44(3): 120–132.

Feldman, J. (2001). Towards the post-university: Centres of higher learning and creative spaces as economic development and social change agents. *Economic and Industrial Democracy,* 22: 99-142.

Ferreira, M. Santos, J. & Serra, F. (2008). *Ser Empreendedor – Pensar, Criar e Moldar a Nova Empresa*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Ferreira, S. (s/d). O que tem de especial o empreendedor social? O perfil de emprego do empresário social em Portugal. Recuperado a 10 de Março de 2010 de http://www.ces,fe.uc.pt/publicacoes/oficina/223/223.pdf. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais.

Ferreira-Borges, C & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2.* Lisboa: Edições Climepsi.

Fletcher, D. (2006). Entrepreneurial processes and the social construction of opportunity. *Entrepreneurship & Regional Development,* 18(5): 421-440.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociências, ed. Técnicas e Científicas, Lda.

Fowler, A. (2000). NGDOs as a moment in history: beyond aid to social entrepreneurship or civic innovation? *Third World Quarterly,* 21: 637-654.

Freyman, J. & Richomme-Huet, K. (s/d). Social Economy, Social Entrepreneurship and Regional Development: Results and Implications in a region of a southern France (Region Provence-Alpes-Côte-d'Azur). Groupe ESC Troyes & EUROMED Marseille.

Gartner, W. (1988). Who Is the Entrepreneur? Is the Wrong Question. *American Journal of Small Business,* 2 (4): 11-32.

Gartner, W. (1993). Words lead to deeds: towards an organizational emergence vocabulary. *Journal of Business Venturing*, 8(1): 231-239.

Gartner, W. (2001). Is there an elephant in entrepreneurship? Blind assumptions in theory development. *Entrepreneurship Theory & Practice,* 25(4): 27-37.

Hall, T. & Hubbard, P. (1998). *The Entrepreneurial City. Geographies of Politics, Regime and Representation*. Chichester: John Wiley.

Halprin, L. (1970). *The RSVP Cycles.* New York: George Braziller.

Haywood, G. & Nicholls, J. (2004). *Enterprise dynamics in the 205 most deprived wards in England*. London: Betamodal Ltd.

Henton, D.; Melville, J. & Walesh, K. (1997). *Grassroots Leaders for a New Economy: How Civic Entrepreneurs are Building Prosperous Communities*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Hodson, R. & Kaufman, R. (1982). Economic dualism: a critical review. *American Sociological Review*, 47: 727-739.

Holmquist, C. (2003). Is the medium really the message? Moving perspective from the entrepreneurial action. In Steyaert, C. & Hjorth, D. (eds), *New Movements in Entrepreneurship.* Cheltenham: Edward Elgar, p. 73-85.

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência (2007). *Estatísticas.* Consultado em 09 de Setembro de 2009, em http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Paginas/ReducaodaProcuraConsumos.aspx.

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência (2010). Consultado em 15 de Agosto de 2010, em http://www.idt.pt/PT/Paginas/HomePage.aspx.

Johanisson, B. (1990). Community entrepreneurship – Cases and conceptualisation. *Entrepreneurship & Regional Development,* 2: 71–88.

Johnson, S. (2000). Literature Review on Social Entrepreneurship. *The Canadian Centre for Social Entrepreneurship*. University of Alberta: Edmonton, Alberta, 1-16.

Jones, C. & Spicer, A. (2005). The sublime object of entrepreneurship. *Organization,* 12: 223-246.

Justicia, J. (2005). *Análisis cualitativos de datos textuales com Atlas TI.* Retirado a 15 de Setembro de 2010 http://psicologiasocial.uab.es/juan/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1&Itemid. Consultado a 31 de Julho de 2010. Kirzner, I. (1973) *Competition and Entrepreneurship* (Chicago: University of Chicago Press). Universidade Autónoma de Barcelona.

Kirzner, I. (1973). *Competition and Entrepreneurship*. Chicago: University of Chicago Press.

Korosec, R. & Berman, E. (2006). Municipal support for social entrepreneurship. *Public Administration Review,* 66(3): 448-461.

Knight, F. (1921). *Risk, Uncertainty, and Profit*. University of Chicago Press: Chicago.

Larson, A. (2000). Sustainable innovation through an entrepreneurship lens, *Business Strategy and the Environment*, 9: 304-317.

Laufer, E. (1975). *Comment on Devient Entrepreneur*. Revue Française de Gestion.

Lavoie, D. & Chamlee-Wright, E. (2000). *Culture and Enterprise.* London: Routledge.

Leadbeater, C. (1997). *The Rise of the Social Entrepreneur*. London: Demos.

Lloyd, P. & Mason, C. (1984). Spatial variations in new firm formation in the United Kingdom comparative evidence from Merseyside, Greater Manchester and South Hampshire. *Regional Studies*, 18: 207-220.

Mair, J. (2006). Exploring the intentions and opportunities behind social entrepreneurship. In Mair, J.; Robinson, J. & Hockerts, K. (eds). *Social Entrepreneurship.* Basingstoke: Plagrave macmillan.

Mair, J. & Martí, I. (2004). Social Entrepreneurship: What Are We Talking About? A Framework for Future Research. IESE Business Scholl: University of Navarra, 1-14.

Mair, J. & Martí, I. (2006). Social entrepreneurship research: A source of explanation, prediction and delight. *Journal of World Business*, 41(1): 36-44.

McClelland, D. (1961). The Achieving Society. Priceton, New Jersey: Van Nostrand.

Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de condutas adictivas.* Barcelona: Paidós.

Morris, M. , Pitt, L. & Berton, P. (1996). Entrepreneurial activity in the Third World informal sector,. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research,* 2 (1): 59-76.

Nicholls, A. (2008). *Social Entrepreneurship: New Models of Sustainable Social Change.* Oxford: Oxford University Press (Paperback Edition).

NIDA - National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of Drug Adicction Treatment – A research based guide*. EUA (2º edição).

Nolan, A. (2003). *Entrepreneurship and Local Economic Development: Programme and Policy Recommendations.* Paris: OECD.

North, D. (1997). Economic performance throught time. In Persson T. (Ed.), *Nobel Lectures Economics 1991-1995.* Singapore, 1997: World Scientific Publishing Co.

North West Development Agency (2003). *Social Enterprise Survey.* Warrington: NWDA.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2010). Consultado em 31 de Agosto de 2010 em http://www.who.int/eng/

Parkinson, C. & Howorth, C. (2008). The language of social entrepreneurs. *Entrepreneurship & Regional Development*, 20(3): 285-309.

Pastakia, A. (1998). Grassroots ecopreneurs: change agents for a sustainable society. *Journal of Organizational Change Management,* 11:157-173.

Peredo, A. & McLean M. (2006). Social entrepreneurship: A critical review of the concept. *Journal of World Business,* 41(1):56-65.

Peterson, R. (1981). Entrepreneurship and organization. In Nystrom, P. & Starbuck, W. (eds), *Handbook of Organizational Design.* Oxford: Oxford University Press, p. 65-83.

Pomerantz, M. (2003). The business of social entrepreneurship in a "down economy". In *Business*. Emmaus: vol. 25, p.25.

Portal da Saúde (2010). *Lei de Bases da Saúde.* Consultado em 31 de Agosto de 2010, em http://www.portaldasaude.pt/portal

Quarter, J. (2000). *Beyond the Bottom Line. Socially Innovative Business Owners*. London: Quorum Books.

Quintão, C. (2004). *A Questão Social no Novo Milénio*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* Lisboa: Gradiva Publicações S. A.

Reynolds, P., Hay, M. & Camp, S. (1999). *Global Entrepreneurship Monitor.* London: London Business School.

Roberts, D. & Woods C. (2005). Changing the World on a Shoestring: The Concept of Social Entrepeneurship. *University of Auckland Business Review*: 45-51.

Sagawa, S. & Segal, E. (2000). Common Interest, Common Good: Creating Value Trough Business and Social Sector Partneurship. *California Management Review,* 42(2): 105-122.

Salamon, L. et al (1999). *Global Civil Society – Dimensions of the Nonprofit Sector.* Baltimore: The Johns Hopkins Center for Civil Society Studies.

Sarason, S. & Associates (1972). *The Creation of Settings and the Future Societies*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Schuyler, G. (1998). Social Entrepreneurship: Profit as Means, Not an End. *Kauffman Center for Entrepreneurial Leadership Clearinghouse on Entrepreneurship Education (CELCEE) Digest,* 98(7): 1-3.

Schumpeter, J. (1935). *Théorie de l'évolution Economique*. Editions Dalloz (traduction de la deuxième edition de *Théorie der wirschaftlichen Entwicklung*, 1926).

Seelos, C. & Mair, J. (2005). Sustainable Development, sustainable profit. *European Business Forum* (20): 49-53

Shane, S. (2003). *A General Theory of Entrepreneurship: The Individual - Opportunity Nexus*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Shane, S. & Venkataranam, S. (2000). The promise of entrepreneurship as a field of research. *Academy of Management Review*, 25(1): 217-226.

Shaw, E. & Cater, S. (2004). Social entrepreneurship: Theoretical antecedents and empirical analysis of entrepreneurial processes and outcomes. Paper presented at the *24th Babson-Kauffman Entrepreneurship Conference*, Glasgow Scotland.

Sharir, M. & Lerner, M. (2006). Gauging the success of social ventures initiated by individual social entrepreneurs. *Journal of World Business*, 41(1): 6-20.

Silveira, N. (2004). *Relações entre Responsabilidade Social e Economia de Comunhão: Um Estudo de Caso com Empresas do Pólo Empresarial.* Spartaco, USP: Ribeirão Preto.

Simms, S. & Robinson, J. (2006). Activist or Entrepreneur? An Identity-Based Model of Social Entrepreneurship. Paper presented at the *USASBE / SBI*. Tucson: Arizona.

Southern, A. (2006). Enterprise and regeneration. Seminar paper presented to *First Lancaster Social Entrepreneurship Research Seminar*. Lancaster University.

Steyaert, C. & Katz, J. (2004). Reclaiming the space of entrepreneurship in society: geographical, discursive and social dimensions. *Entrepreneurship & Regional Development*, 16(3): 179-196.

Stryjan, Y. (2006). The Practice of Social Entrepreneurship: Notes Toward a Resource-Perspective. In Steyaert, C. & Hjort, D. (eds), *Entrepreneurship as Social Change: A Third Movements in Entrepreneurship Book.* Cheltenham- Northampton: Edward Elgar Publishing, 35-55.

Sullivan Mort, G., Weerawardena, J. & Carnegie, K. (2003). Social Entrepreneurship: Towards Conceptualization. *International Journal of Non-profit and Voluntary Sector Marketing,* 8(1): 76-88.

Thalhuber, J. (1998). The Definition of Social Entrepreneur. *National Centre for Social Entrepreneurs,* 1-3.

Thompson, J. (2002). The World of the Social Entrepreneur. *The International Journal of Public Sector Management*, 15(4/5): 412-431.

Thompson, J.; Alvy, G. & Lees, A. (2000). Social Entrepreneurship – A New Look at the People and the Potential. *Management Decision,* 38(5): 328-338.

Triviños, A. (1987) *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* Atlas: São Paulo.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *World Drug Report 2009*. Retirado em 08 de Setembro de 2009 de http://www.unodc.org

Venkataraman, S. (1997). The distinctive domain of entrepreneurship research. In Katz J. and Brockhauss R.(eds), *Advances in entrepreneurship, firm emergence and growth*, 3: 119-138.

Waddock, S. & Graves, S. (1997). The Corporate Social Performance – Financial. Performance Link. *Strategic Management Journal*, 18 (4), 303-319.

Waddock, S. & Post, J. (1991). Social Entrepreneurs and Catalytic Change. *Public Administration review*, 51(5): 393-401.

Waldinger, R. & Aldrich, H. (1990) *Ethnic Entrepreneurs: Immigrant Business in Industrial Societies.* Newbury Park CA: Sage.

Wallace, S. (1999). Social entrepreneurship: The role of social purpose enterprises in facilitating community economic development. *Journal of Developmental Entrepreneurship,* 4(2): 153-174.

WCED - World Comission on Economies Development (1987). Consultado a 23 de Janeiro em http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm

Yin, R. (1994). *Case Study research*. Thousands Oaks, CA: Sage.

Zafirovski, M. (1999). Probing into the social layers of entrepreneurship: outlines of the sociology of enterprise. *Entrepreneurship & Regional Development*, 11: 351-371.

ANEXOS

Anexo A: Questionário ao Director

Entrevista ao director de uma instituição privada

Parte I:

1. Qual é a missão desta instituição?

2. Esta instituição é:

- Uma associação
- Uma cooperativa
- Uma sociedade mútua
- Uma fundação

3. Qual a principal razão que levou à abertura desta instituição?

4. Acha que esta Instituição pode ser considerada uma Instituição de Cariz Social? Porquê?

5. Considera que este tipo de instituição social é útil para o desenvolvimento de modo sustentado da sociedade? Porquê?

6. Qual o principal motivo que levou à abertura de uma instituição direccionada para o tratamento da toxicodependência?

7. O que é para si o "Empreendedorismo"?

8. O que é para si o "Empreendedorismo Social"?

Parte II:

1. É o fundador desta instituição?

2. Qual a sua formação de base?

3. Na sua opinião, as suas experiências passadas, identidade social, credibilidade social, reputação e rede social tiveram alguma influência na abertura da instituição/ posição que ocupa na instituição?

4. Das seguintes características, com quais se identifica?

- Inovador
- Fundador
- Gestor/ proprietário
- Criador de nova organização
- Tomador de risco
- Objectivo: lucro/crescimento
- Independente
- Mira oportunidade

5. Vê-se como um empreendedor? Se sim, social ou comercial?

Parte III:

1. Como pensa que é vista esta instituição por parte da população em geral?

2. Quais pensam ser as principais dificuldades do sector e especificamente, desta instituição no mercado?

3. Qual acha serem os principais objectivos desta instituição no mercado social actual?

4. Qual o preço do tratamento?

ANEXOS

Anexo B: Questionário ao Coordenador Técnico

Plano de actuação da instituição – Pré- Internamento:

1. Quem são, na sua maioria, os requerentes do internamento?

2. Como chegam os indivíduos à Instituição?

3. Existe algum método de selecção para entrada na instituição? Se sim, qual?

4. É realizada algum tipo de consulta com o indivíduo antes da decisão de internamento? Se sim, com que especialidades?

5. Os indivíduos internados têm familiares directos a acompanhá-los?

6. Qual o diagnóstico/ causa de internamento mais frequente:

- Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa

- Utilização recorrente de uma substância em que tal se torna fisicamente perigoso

- Problemas legais recorrentes relacionados com a substância

- Continuação da utilização da substância apesar dos problemas pessoais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelo efeito da substância

7. Qual é o caso da maioria dos doentes internados?

- Primeiro internamento

- Recaída

Plano de actuação da instituição – Intra-Internamento:

1. Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças psiquiátricas (como a esquizofrenia, a doença bipolar,…) associadas à toxicodependência? Se sim, quais?

2. Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças físicas (como a tuberculose, SIDA,…) associadas à toxicodependência? Se sim, quais?

3. Os indivíduos internados são sujeitos a um rastreio completo no intra-internamento imediato?

4. O rastreio é repetido durante o internamento? Se sim de que modo e de quanto em quanto tempo?

5. Os indivíduos internados são tratados farmacologicamente?

6. Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psicológico?

7. Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psiquiátrico?

8. Os indivíduos internados têm terapia de grupo?

9. Os indivíduos são reavaliados de quanto em quanto tempo?

10. Qual é a duração, em média, do tratamento para a toxicodependência nesta instituição?

11. Existe um tempo máximo para o tratamento do indivíduo? Se sim qual?

12. Aquando o internamento, os indivíduos têm acesso ao meio exterior? Se sim, de que modo?

13. Que taxa de ocupação costumam ter na Instituição?

14. De que modo é financiado o internamento?

15. Condições físicas de internamento na Instituição:

- Profissionais de saúde –

- Número de quartos –

- Número de cama por quartos –

- Objectos pessoais não permitidos nos quartos –

- Separação Homens/Mulheres –

- Refeições -

- Lazer –

Plano de actuação da instituição – Pós-Internamento:

1. A instituição faz um acompanhamento pós-internamento ao indivíduo com consultas programadas durante um determinado período de tempo? Se sim, essas consultas são marcadas de modo personalizado ou protocolado? Esse tipo de consultas é pago / financiado à parte do tratamento-base?

2. Qual a taxa de reinternamento nessa mesma instituição?

3. Qual a taxa de sucesso da instituição?

ANEXOS

Anexo C: Entrevista P1

ENTREVISTA COM O DIRECTOR DE UMA CLÍNICA PRIVADA DO DISTRITO DO PORTO – P1

P: Qual a missão desta Instituição?

R: Recuperação do alcoolismo e da toxicodependência, resumindo-se a ajudar a pessoa a tratar o problema da adicção… É a principal, e foi sempre a principal missão desta instituição. Esta instituição, como eu já lhe disse, foi a primeira que abriu no país e quando abriu foi logo com esse propósito – ajudar pessoas que provavelmente já não tinham grande esperança de encontrar alguma coisa que as fizesse acreditar, fazer entender que a vida delas pudesse ser diferente, não é? Portanto, eu acho que teve e continua a ter uma missão importantíssima na vida social das pessoas.

P: Esta instituição é uma associação, uma cooperativa, uma sociedade mútua, uma fundação?

R: Uma sociedade mútua.

P: Qual a principal razão que levou à abertura desta instituição?

R: (Já falado anteriormente)

P: Acha que esta Instituição pode ser considerada uma Instituição de Cariz Social? Porquê?

R: Com certeza que sim! Com certeza que sim!... porque nós anualmente em Dezembro, festejamos o aniversário da casa, e é só ver para as pessoas que foram tratadas nesta casa e que anualmente continuam a vir ao seu aniversário e aquelas que não vêm mandam uma mensagem ou um postal de boas festas. Acho que sim, acho que houve muita gente que perdeu tudo na vida que hoje tem uma vida estável, que agradecem aqui à casa!

P: Considera que este tipo de instituição social é útil para o desenvolvimento de modo sustentado da sociedade? Porquê?

R: Acho que sim… Acho que sim… A partir do momento em que uma instituição deste tipo consegue tirar as pessoas do meio da rua, pessoas que estão a dar despesa às famílias, despesas inclusivamente à sociedade e as transforma em pessoas perfeitamente capazes de trabalhar e de criar uma família, contribuem para o desenvolvimento sustentado da sociedade.

P: Qual o principal motivo que levou à abertura de uma instituição direccionada para o tratamento da toxicodependência?

R: (Já falado anteriormente, na primeira questão)

P: O que é para si o "Empreendedorismo"?

R: É o fazer crescer alguma coisa, não é?... Eu como adito que sou, acredito que o empreendedorismo possa ser aumentar ainda mais, a grande comunidade que já são, os alcoólicos e os narcóticos anónimos…

P: O que é para si o "Empreendedorismo Social"?

R: Empreendedorismo Social… lá está! Alargar um bocadinho esta minha "tese" ao resto da sociedade. Provavelmente, ajudar aqueles mais desfavorecidos, se calhar acabar com estes rendimentos mínimos e conseguir fazer com que as pessoas realmente trabalhem e não estejam à espera que alguém ao fim do mês lhe dê um X… Mas partiria por aí!

P: É o fundador desta instituição?

R: Não

P: Qual a sua formação de base?

R: Português - Inglês

P: Na sua opinião, as suas experiências passadas, identidade social, credibilidade social, reputação e rede social tiveram alguma influência na abertura da instituição/ posição que ocupa na instituição?

R: Tiveram! Muito honestamente tiveram uma grande importância! Como eu já referi há alguns minutos, também sou adito! Também consegui destruir grande parte das coisas boas que tinha na minha vida! E felizmente, também com ajuda, e com um tratamento deste género, consegui refazer a minha vida de uma forma perfeitamente normal. E é claro que tudo isso também me influenciou, para além dos amigos que realmente me ajudaram naquela altura, que me ajudaram antes do tratamento, que me ajudaram durante o tratamento e que me continuam a ajudar, é claro que tudo isso me deu alguma força para enveredar por este caminho, não é? Aliás, foi precisamente isso! Porque eu não precisava, muito honestamente, de estar nesta área! Escolhi-a mais tarde, por causa disso!

P: (…) Trabalha cá há quanto tempo?

R: 5 anos.

P: (…) E já tinha trabalhado nesta área antes?

R: Não! Deixei de dar aulas e vim para aqui!

P: Das seguintes características, com quais se identifica? Inovador, fundador, gestor/ proprietário, criador de nova organização, tomador de risco, objectivo: lucro/crescimento, independente, mira oportunidade?

R: Eu diria Inovador e Independente… A minha função é a Direcção Terapêutica, e mesmo em relação a incutir determinados conteúdos no utente, acho que consegui inovar um bocadinho! Também sou bastante independente porque consegui inovar porque não estou preso nem a objectivos nem a teorias usadas há 20 anos atrás, portanto,…

P: Vê-se como um empreendedor? Se sim, social ou comercial?

R: Sim, isso sim! Não comercial porque não me dou muito a lucros, não é uma coisa que me fascine, se dá muito ou se dá pouco… Mas se há algo que realmente a mim me dá prazer é ver as pessoas a saírem daqui em recuperação e um dia mais tarde, continuar a vê-las em recuperação, continuar a vê-las que já têm o seu próprio negócio, continuar a ver que já casaram ou que já conseguiram reconquistar os filhos… Sim, mas a nível social!

P: Como pensa que é vista esta instituição por parte da população em geral?

R: Bastante bem! Toda a gente nos conhece! Toda a gente nos respeita e não temos queixas para com ninguém! Não podemos apontar nada a ninguém! Antes pelo contrário! Se algum residente (são coisas que acontecem não é?) tentar fugir ou por causa da medicação… o vizinho é o primeiro a tocar à campainha e a dizer "olhe que ele foi para ali!"… portanto…isso é bastante bom!... A nível da população em geral, é muito relativo, não é? Porque há pessoas, que infelizmente continuam a descriminar as pessoas que têm esta doença. Por outro lado, acho que somos bem vistos porque a nossa taxa de ocupação é quase sempre de 100% é porque realmente quem precisa nos dá valor, não é?

P: Quais pensam ser as principais dificuldades do sector e especificamente, desta instituição no mercado?

R: Há muito para mudar, especialmente na mentalidade das pessoas! Acho que se baseia um bocadinho naquilo que eu acabei de lhe dizer, na descriminação que

continua a haver! É que há muita gente que acha que só acontece aos outros e como acham que só acontece aos outros e se esquecem que um dia lhes pode acontecer a eles,… Há muita, muita gente assim!... Por outro lado, também há muita falta de informação! Acho que ao nível nacional, das entidades competentes, deveriam esclarecer de uma vez por todas o que é a adição! Porque a adição é uma doença que está reconhecida desde 1953, salvo erro, pela Organização Mundial de Saúde e quase ninguém sabe disto. As pessoas que sabem disto foi, ou porque infelizmente já passaram por estas situações ou têm alguém na família que já passaram ou que estão a passar, mas não é uma coisa que se saiba de uma forma geral! Eu acho que isto deveria ser transmitido às pessoas também para perderem aquela ideia de que realmente só se mete quem quer… se calhar, fala-se muito em prevenção ao nível do país mas não se começa pela base. Quando não se começa pela base, dificilmente se atinge o cume, não é? Portanto eu acho que aqui as entidades competentes deviam ter outra perspectiva em relação a este assunto! Acho que a abordagem devia ser diferente!

P: Qual acha serem os principais objectivos desta instituição no mercado social actual?

R: Tornar cada um dos nossos residentes num membro aceitável e produtivo da sociedade.

P: Qual o preço do tratamento?

R: (risos)

P: Têm um preço-base de tratamento ou é diferente em utentes do IDT e nos particulares?

R: Incide na duração! Nós temos um preço-base mensal! Agora, depois depende da duração,… depende de muita coisa! Somos muito sensíveis às dificuldades das pessoas! E muitas vezes, o preço normalmente é 1 mas aparece-nos muita gente a bater à porta e depois vem à primeira entrevista, à entrevista inicial onde realmente

percebemos que não há grandes condições… e sabe que, nesta área, nestas coisas, se não tivermos sensibilidade, se não deixarmos que muitas vezes os sentimentos falem mais alto é muito complicado. Todos nós já passamos por isto!

P: (…) Vocês têm camas de IDT protocoladas. No caso de estarem preenchidas e se alguém vier e não tiver condições de pagar?

R: Teremos de ser nós a suportar essas despesas…

P: Então fazem tipo "Robim dos Bosques", tirar um bocadinho mais aqui para poder dar mais ali…

R: Acredite que fazemos às vezes… Fazemos assim, por isso, estar a falar-lhe em preços…

P: Era só para saber se os preços eram os mesmos cobrados ao IDT ou aos particulares…

R: Não, o preço é o mesmo, exactamente! Agora às vezes, é como lhe digo, há pessoas que precisam de ajuda e que não a conseguem ter porque não podem, e aí, o coração fala mais alto!

ANEXOS

Anexo D: Entrevista P2

ENTREVISTA COM O DIRECTOR DE UMA IPSS DE 1ª LINHA – P2

P: Qual a missão desta Instituição?

R: Ora bem… a instituição trabalha essencialmente com toxicodependentes…escolheu trabalhar com toxicodependentes, nomeadamente com toxicodependentes em risco ou em situação de exclusão social… e portanto, a missão principal é promover a saúde e tratamento nos utilizadores das substâncias psico-activas depois como temos vários equipamentos, cada equipamento tem uma lógica própria de intervenção. No caso da Casa da Vila Nova trabalha de modo a uma redução de danos e portanto tenta ser uma plataforma giratória entre a redução de riscos, os consumos e o tratamento…Os doentes que cá chegam têm pouco contacto com a rede social e formal de apoio de cuidados… e a nossa missão, numa primeira fase pretende alterar o padrão de consumo para padrões e formas de consumo menos danosas para o organismo e que não propiciem tanto o aparecimento de doenças associadas ao consumo e num segundo momento pretende encaminhar para tratamento…e nós também temos uma valência de tratamento que mais não seja nós temos, … uma comunidade terapêutica também. Portanto, a missão da instituição é de facto trabalhar com toxicodependentes, promover a saúde nos utilizadores de substâncias psico-activas e formar, digamos também, uma escola que forma técnicos psicossociais para trabalhar na área da toxicodependência, especificamente na área da toxicodependência.

P: Considera esta instituição uma associação, uma cooperativa, uma sociedade mútua ou uma fundação?

R: É uma associação…a própria instituição chama-se Norte Vida Associação para a Promoção da Saúde.

P: A principal razão que levou à abertura desta Instituição foi portanto a Promoção da Saúde?

R: Foi… portanto, a Norte Vida foi criada em, sei lá, 1996 talvez, por um conjunto de figuras notáveis da cidade, numa altura em que o fenómeno da toxicodependência tinha uma expressão muito grande e portanto os serviços públicos não conseguiam dar resposta e então foi feito um primeiro acordo Tripartido entre a Norte Vida, Câmara do Porto e o IDT e celebrou-se o contrato cidade…foi o primeiro projecto para trabalhar com arrumadores…neste sentido surgiu a maior parte das estruturas da Norte Vida à excepção da comunidade terapêutica, depois surgiu a Casa da Vila Nova, surgiram as equipas de rua, surgiram as comunidades de inserção. A Norte Vida era a entidade dinamizadora, promotora do projecto e as outras estruturas eram estruturas de retaguarda, financeiras etc. E portanto, surgiu de facto que desta casa que hoje tem muitos utentes, 270 por dia na altura tinha 500 a passar aqui por dia…era um fenómeno com uma visibilidade muito grande, e portanto, surgiu como uma necessidade que os serviços públicos perceberam que não tinham capacidade de resolver.

P: Foi portanto a primeira instituição a surgir na cidade?

R: Foi o primeiro a surgir na cidade. E neste caso, no caso da Vila Nova surgiu até antes de haver regulamentação de redução de riscos. Ainda não se falava em redução de riscos e a Casa da Vila Nova já aparecia no sentido de dar resposta ao "junkie", àquilo que nós chamamos "junkie"/ heroinómano, com comportamentos de delinquência que injecta, que tem práticas de risco, que dorme ao relento… Nasceu para dar resposta a esta parcela da população que não chegava aos serviços de saúde portanto,.. nasceu neste sentido.

P: Acha que esta instituição pode ser considerada uma Instituição de Cariz Social?

R: É…totalmente….

P: Considera que este tipo de instituição social é útil para o desenvolvimento de modo sustentado da Sociedade?

R: Olhe,… eu posso lhe dar o exemplo aqui de Aldoar que era uma zona altamente complicada, há 10/15 anos atrás. Obviamente que foram feitas uma série de diligências com várias instituições, entre elas a Norte Vida, que serviram muito para organizar o território. Não sendo nenhum de nós agências de desenvolvimento, houve aqui várias instituições que se juntaram e potenciaram de facto o desenvolvimento desta zona. Não conhece certamente esta zona há 15 anos atrás, mas era caótica, em frente eram tudo barracas de consumo e hoje, anda-se aqui nesta zona perfeitamente bem! Tem ali um bairro perfeitamente organizado, não há tráfico, há consumo com certeza, consumidores pelo menos…e sei lá,.. poderá haver pequeno tráfico também mas isso não é uma coisa massiva, e portanto acho que este tipo de instituições serve também para organizar os territórios pelo menos. Não sei se são promotores de desenvolvimento, mas são pelo menos organizadores do território e como tal, acho que acabam por ser promotores também.

P: O que é para si o "Empreendedorismo"?

R: Não sei… É o gosto de correr risco, de fazer o que ninguém faz e neste sentido nós fomos muito empreendedores há 15 anos atrás. Vamos continuando a ser dando algumas respostas ao nível da cidade e da forma como vamos articulando, agora… defino-o como a capacidade de correr riscos e de conseguir montar respostas apesar dos riscos.

P: O que é para si o "Empreendedorismo Social"?

R: É exactamente a mesma coisa mas não visa o lucro, visa o bem-estar… visa o bem-estar da população-alvo.

P: Não é, portanto, o fundador desta Instituição. Qual a sua formação de base?

R: Psicologia.

P: Na sua opinião, as suas experiências passadas, identidade social, credibilidade social, reputação e rede social tiveram alguma influência na posição que ocupa na instituição?

R: A que ocupo neste momento deve-se a um trabalho que fiz no seio da própria instituição… eu quando vim trabalhar para a Norte Vida, o que já foi há muitos anos, já tinha trabalhado na área da toxicodependência, e houve uma vaga na comunidade terapêutica, e sem grande experiência e sem grande reputação, fui coordenar a comunidade terapêutica… Foi devido à rede social… provavelmente foi o que mais influenciou… Hoje para estar aqui, acredito que tudo o resto teve a sua influência, porque durante X anos tive que coordenar a Comunidade terapêutica, e quando surgiu a hipótese de vir para aqui – porque esta é uma instituição, é uma valência com uma visibilidade muito grande, que no passado já foi alvo de muitas controvérsias – era preciso alguém que percebesse e que soubesse coordenar instituições com este cariz,… e portanto acredito que aí, tudo isto que me dizia, possa ter influenciado.

P: Continua a prestar funções de psicólogo no cargo que ocupa actualmente?

R: Aqui não. Ou melhor, aqui continuo, mas devo ter 10 utentes, porque não tenho tempo para mais porque isto é um espaço que envolve muita relação com o exterior, muita articulação constante com outras instituições até porque é uma resposta única na cidade,.. e portanto, estamos sempre a ser solicitados para reuniões, etc… como nós nos organizamos é faço este tipo de actividades e os técnicos fazem a actividade no terreno. No entanto faço questão de estar sempre atento, e sei exactamente o estado de cada caso – demanhã reunimos e falamos de casos e uma vez por semana temos uma reunião técnica onde falamos de tudo ao pormenor. Agora continuo a trabalhar com esta população noutros sítios onde trabalho e não exerço funções de coordenação.

P: Das seguintes características, com quais se identifica? Inovador, Fundador, Gestor/Proprietário, Criador de nova organização, Tomador de risco, Objectivo: lucro/crescimento, Independente, Mira oportunidade.

R: Independente

P: Vê-se como um empreendedor?

R: Bem, vejo-me como.. alguém que tem muitas ideias mas nem sempre tem gosto pelo risco... portanto, tenho mais ideias do que o que as concretizo…

P: Portanto pode ser considerado um empreendedor social?...

R: Sim, totalmente… Isso, quer aqui, que noutras instituições onde trabalho, faço e é uma coisa que gosto particularmente de fazer, que é, desenhar projectos, e portanto, isso faço com frequência… Normalmente, até tenho tido sorte, que são quase todos aprovados, dos que fiz, só 2 é que não foram… Agora, o risco não é meu! E portanto, se calhar, vejo-me mais como um criador de alguma coisa, alguém que tem uma ideia, depois o risco é das instituições! Eu desenho, proponho, faço… O risco é da instituição! O verdadeiro empreendedor é o Director, que é o que dá o peito às balas!... Nestas coisas eu sou um teórico… Vou vendo a necessidade, vou desenhando e vou propondo, agora o risco é efectivamente da Instituição, técnica e financeiramente da instituição… E se as coisas correm mal, o prejuízo é da instituição. A instituição não visa o lucro mas também não pode ter prejuízo… O que se gasta tem que ser equivalente ao que se ganha, porque senão, daqui a um ano, perdemos a nossa grande objectividade e a nossa grande missão, que é ajudar. Mas nós para ajudar, temos que estar abertos, e temos que ser viáveis. Não temos que ganhar dinheiro, e nisso nós temos uma política muito prática – vamos investindo nas coisas, vamos comprando as coisas dentro do melhor que podemos, vamos servindo as melhores refeições que podemos, vamos fazendo tudo o melhor que podemos, o nosso objectivo não é ganhar dinheiro, mas no fim do ano, eu se gastei 30.000, tem que ter entrado 30.000… isso é líquido. Daí eu não me ver a mim como um empreendedor, mas acho que quem

representa a instituição, sim, é um empreendedor, até porque muitas das vezes os projectos saem da discussão com a direcção, e a própria direcção tem outro prisma de ver a mesma situação, e muitas vezes isto contribui também para a forma em como o projecto é desenhado… porque às vezes nós estamos perto demais da árvore e não vemos a floresta toda, e às vezes quem está mais afastado tem esta visão da floresta e conseguem desenhar uma visão muito mais ampla, muito mais aberta, muito mais direccionadas até para os problemas da região, da população, seja do que for.

P: Como pensa que é vista esta instituição por parte da população em geral?

R: Não sei… Acho que, para começar, acho que esta instituição não é muito conhecida a nível da população em geral. Nós temos muito pouco tempo para uma coisa que hoje existe muito, que é o marketing social. Temos pouco tempo, temos muito trabalho, e portanto, trabalhamos demais para nos divulgar. Onde eu acho que somos conhecidos é na população técnica, nos técnicos. E nesses, somos conhecidos e penso eu, que reconhecidos, porque pelo menos fazem sempre questão que sempre que há alguma organização de alguma situação que visa esta população, nós estamos constantemente a ser convidados, para estarmos presentes e para sermos influenciadores. Sei lá, posso lhe dar um exemplo: criou-se há pouco tempo a estratégia para os sem-abrigo, e cada concelho tem um núcleo executivo, formado por instituições a convite da Segurança Social. Num primeiro momento foi criada uma Comissão Instauradora para implementar esse núcleo, e depois numa rede de parceiros alargados, que visam quase todos os parceiros que trabalham com os sem-abrigo de uma forma ou de outra - alcoolismo, toxicodependência, doença mental, exclusão pura e dura, foi votado o conjunto de instituições que fariam parte deste núcleo executivo. A Norte Vida foi convidada pela Segurança Social para ser da Comissão Instauradora e pertence hoje ao núcleo executivo. Portanto, tudo o que tenha a ver com respostas ao nível da toxicodependência é incontornável não passar pela Norte Vida. No que diz respeito à população em geral, se calhar a população de Aldoar conhece-nos bem, agora o resto…Acho que a população de Aldoar vê a instituição com bons olhos. Pode ter havido em tempos uma resistência grande, porque ninguém gosta de ter na sua porta uma estrutura destas para além de existir anteriormente aqui um bairro, porque ainda

assim, para as pessoas isto vem, em vez de ser para acabar, as pessoas preferem muito mais que seja aqui posta uma esquadra de polícia para limpar isto, do que propriamente uma instituição, que elas acham que vai ser a manutenção do problema. E de facto, a resolução do problema é muito mais demorada. Para chegarmos aqui não foi só graças à Norte Vida, foi à Câmara, foi ao Centro de Saúde, a um conjunto de instituições, mas passaram-se 10 anos para isto estar hoje assim organizado. De facto, hoje, não grande locais de consumo e de tráfico aqui na zona de Aldoar, e portanto, neste sentido, penso que foi uma agradável surpresa aqui para a população.

P: Quais pensa serem as principais dificuldades do sector e especificamente, desta instituição no mercado?

R: Ora bem, desta instituição em particular, tem a ver com escassez de respostas. Nós vamos vendo e vamos estudando a nossa capacidade de resposta, os nossos resultados sobretudo para irmos adequando o melhor possível a situação, as nossas respostas às exigências. E o que se passa hoje, e não é uma coisa exclusiva da Casa da Vila Nova, é ao longo da cidade, é a falta de camas na cidade, que é uma resposta que se torna muito mais organizadora do que uma pensão (que é onde reside a maior parte da população). Eu no outro dia estava a apresentar isto num congresso e percebia-se que, enquanto o doente do centro de acolhimento estará cá entre 9 meses a 1 ano e salta para Unidades de Tratamento, portanto, desaparece das instituições de redução de riscos, alguém que está só em Gabinete de Apoio, que dorme no exterior (numa pensão, num quarto alugado, ou qualquer outro), está provavelmente há 10 anos no Gabinete de Apoio. E portanto, o que nós sentimos é que faz falta respostas mais estruturadas, e no nosso caso faz claramente falta camas. Ao nível do apoio acho que o Estado tem sido generoso até, com o tipo de apoio que é prestado a esta população. Se calhar daqui para a frente não vai ser… Se calhar se me vier falar daqui a 3 meses eu vou-lhe dizer uma coisa completamente diferente, porque o que se aproxima vai ser muito grave e vai haver aí vários movimentos sociais, imagino eu, de ruptura. Mas hoje, eu acho que os sucessos são muito maiores que os fracassos. Há tempos atrás era impensável termos um toxicodependente com 60 anos e hoje é prática corrente. Daqui a pouco tempo vamos ter toxicodependentes geriátricos, e antigamente um

toxicodependente morria ao 20, 25, 30 anos. Se calhar o sucesso, apesar tudo, é um sucesso relativo na proliferação da infecção do VIH, ainda é complementaria e é preciso trabalhar mais, da Hepatite é claramente uma área abandonada e é preciso ser muito muito muito investida, mas em termos gerais, em termos de saúde, eu acho que se deu francos passos. Por exemplo no caso da tuberculose, nós particularmente temos uma taxa de finalização de tratamento de 99,9%, e não é 100% porque deve ter morrido alguém entretanto, mas com as terapêuticas combinadas hoje temos uma taxa de quase 100%, e acho que há muitos mais sucessos que constrangimentos. Claro que há constrangimentos e no futuro vai haver mais, porque os constrangimentos são normalmente ao nível financeiro porque o nível financeiro condiciona a capacidade e a qualidade de resposta. Agora, nós em particular, acho que temos conseguido montar respostas com alguma qualidade, quer respostas mais diferenciadas ao nível de atendimento de consultas de especialidade, quer ao nível das respostas sócio-sanitárias. Eu consigo dar-me ao luxo de dizer que a Casa da Vila Nova é das poucas instituições abertas ao público que serve 5 refeições por dia. A esse nível acho que temos tido alguma facilidade em negociar bem os protocolos, e portanto temos tido, poucos constrangimentos. No futuro acho que vamos ter mais. O grande constrangimento de facto, se tivéssemos outro tipo de condições, eu diria, mais 20 camas, conseguíamos… Nós fazemos, sei lá, 15 encaminhamentos por ano para Comunidades Terapêuticas, por exemplo. Dessas 15, no ano passado, tivemos um abandono, portanto, das 15, 14 continuam em programa terapêutica ou já tiveram alta tendo finalizado, e são valores que eu acho fantásticos. Claro que para mandar um indivíduo para Comunidade Terapêutica tenho que antes tentar tudo e mais alguma coisa, tenho que o deixar experimentar tudo e mais alguma coisa, e só depois quando eu lhe digo "ou vais para a Comunidade ou vais para a rua", só quando lhe aperto a malha é que ele vai. Tenho que o deixar tentar tudo, mas de facto depois a taxa de vinculação à Comunidade Terapêutica é muito grande. Portanto, se nos tivéssemos muito mais camas, o trabalho teria muito mais qualidade. E essa eu acho que é a próxima, ou seria, a ampliação do Centro de Acolhimento, e até estava a correr mais ou menos bem junto das entidades financiadoras, agora acho que não vai correr nada bem… Com estes cortes, provavelmente vai ser suspenso durante algum tempo. Mas penso que é o maior constrangimento. E o volume de trabalho muitas vezes não nos deixa trabalhar com

tanta qualidade como desejaríamos. Claro que depois temos um constrangimento que eu acho também muito importante, que é, quando se trata de população desorganizada, nós devemos ter os ambientes o mais organizado possível, o ambiente estrutura ajuda-nos. Eu se tiver um quarto caótico, vou ter comportamentos caóticos. Se tiver um quarto organizado, não desarrumo tanto. Portanto, o ambiente influencia a nossa forma de estar. E esta casa é muito antiga, é uma casa que nasceu para ser provisória e que se vai mantendo definitiva ao longo dos anos, e portanto, já passou o seu tempo de vida, e atendendo que é uma casa de grande desgaste, tem sido uma heroína em aguentar estas coisas todas. Vai tendo sempre manutenção completa, vai tendo sempre muitas obras, mas de facto, acho que este tipo de estruturas devia ter uma qualidade muito diferente da que tem. Deviam ter muito mais qualidade do que a maior parte das estruturas, que era para serem organizadoras de facto.

P: Qual acha serem os principais objectivos desta instituição no mercado social actual?

R: Olhe… o objectivo… é ser… é funcionar como uma escadaria desde a rua até uma vida gratificante na área da toxicodependência. Quando se fala em instituição eu falo sempre na Norte Vida, e a Norte Vida na área da toxicodependência está dividida em Prevenção, Redução de Riscos, Reinserção e Tratamento, tendo estruturas em todos estes domínios. Portanto, os objectivos específicos são muito diferentes em cada uma das estruturas. Agora o objectivo grosso é fazer com que o indivíduo toxicodependente encontre o prazer de viver sem usar substâncias de consumo. É ajudá-lo a ir de formas de vida muito exploentes para formas de vida o mais inclusivas possível, o mais integradas, o mais funcionais possível.

P: Como encaminham os doentes para as Comunidades Terapêuticas?

R: Antigamente havia uma forma de propor para Comunidade que era Auto-Proposta. Qualquer instituição podia propor porque era depois a Comunidade a propor ao Director do CAT o internamento. Desde 2007 ou 2008 que isso desapareceu, e portanto, nós no nosso trabalho partilhado (porque todos os doentes que estão aqui, um

dos grande objectivos é aproximá-los da rede de cuidados – mal vêm, fazemos logo todos os possíveis para marcar logo uma consulta no IDT para tratamento) é através desta partilha com os técnicos que se vão construindo as alternativas. Claro que muitas vezes o técnico de lá não tem a mesma visão que o técnico de cá e aí, cabe-nos a nós forçar/ tentar convencer negociando com os técnicos do IDT e com o utente. Muitas vezes nós temos uma ideia e o técnico do IDT tem outra e há que trabalhar sensibilidades. Muitas vezes também demora mais porque o técnico do IDT acha que o doente não está motivado, que é uma vontade nossa… E muitas vezes até é uma vontade nossa, porque achamos que ele aqui não dá nada, está a destruir-se, e portanto já tivemos situações em que dissemos ao CRI "não quer pois não? Então ele hoje vai sair do Centro de Acolhimento e passa a ser responsabilidade sua porque ele está farto de esticar a corda, quer bater a tudo e todos e não vai poder continuar aqui, e vai ser o Doutor a dar-lhe resposta." E a resposta é "pronto, então resolva lá isso!". Muitas vezes temos que chegar a este ponto para convencer. Nós podemos "expulsar" qualquer pessoa que cá estiver sem dar satisfações porque a gestão do equipamento é totalmente nossa, agora claro que se nós expulsamos aqui alguém do Programa de Substituição, eu comunico ao IDT que o utente X vai ser expulso da nossa instituição e portanto, é preciso arranjar alternativas: O técnico do IDT pode não gostar nada mas a decisão é nossa! Agora o que nós tentamos sempre antes de suspender ou expulsar, que não são assim tantas as situações, articulamos com o técnico de referência do IDT e criam-se alternativas e quando se vai comunicar ao utente já se leva alternativas na mão. Por exemplo "Amanhã vais deixar de tomar a metadona aqui e vais dirigir-te ao CRI Ocidental e vais tomar lá a metadona", por exemplo. É logo criada a alternativa para o doente não ficar sem resposta! No Centro de Acolhimento é exactamente igual. Mas nós do Centro de Acolhimento tentamos não expulsar porque é para as ruas, agora o que normalmente fazemos, é usar estas coisas para ir diminuindo, primeiro a hipótese para novas situações, e depois os doentes também não querem ir para a rua, não é? Portanto quase que assinamos protocolos com os doentes "Da próxima vez que pisares o risco vais para a Comunidade Terapêutica", e muitas vezes o encaminhamento para tratamento surge neste âmbito.

P: Mas não acha que essa ida para a Comunidade Terapêutica é mais benéfica?

R: Acho! Completamente! Agora o problema é conseguir. Eu coordenei uma Comunidade Terapêutica durante 7 anos e acho que deve ser das melhores respostas que existe a nível de toxicodependência. Acho que é altamente organizador. Agora… são programas muito longos, muito fechados, com uma perda de autonomia e de individualidade, não diria de liberdade porque mais aprisionados do que a droga acredito que não haja Maio prisão do que essa, e portanto, há todo um trabalho de motivação a fazer. Às vezes não é fácil, as instituições em regime ambulatório a nível europeu têm uma taxa de sucesso de 2% e sobe para 7% com Comunidades. Portanto, não nos vamos iludir! A cura, o que nós imaginamos como cura, é muito baixa e sobretudo em utentes destes, já completamente desenraizados e com estreitamento social muito muito grande. É diferente alguém que tem mãe, pai, irmãos, amigos, ir para uma Comunidade Terapêutica, e faz um percurso em que tudo está ainda muito intacto, ainda tem muito onde se agarrar, e portanto quando saem têm toda esta realidade, enquanto um utente destes que tem 30 anos de consumo, tudo o que conhece é consumo, os amigos que tem são de consumo, a família já lá vai, já não o querem ver há imenso tempo, é seropositivo, tem Hepatite e pensa "Como é que eu agora vou ter uma mulher?". Portanto, a taxa de sucesso nestes casos, a cura pelo menos,… a taxa de sucesso acho que é muito boa porque pelo menos melhora a qualidade de vida, afasta os consumos durante muito tempo, fá-los reintegrar-se na sociedade durante algum tempo, muitos até se reintegram para sempre, fazendo trabalho de voluntariado. Nós nunca sabemos qual é que vai singrar por isso temos que investi por igual em todos. Não é por aquele estar muito desestruturado, muito deteriorado que não vai ser aquele que vai conseguir, se calhar é aquele que vai conseguir. Como nunca se sabe tem que se investir em todos. Agora, cura cura, é muito pouca…

P: Qual o preço do tratamento?

R: Nós fazemos acordos anuais. Temos 2 protocolos diferentes. Um protocolo para o Gabinete de Apoio e um Protocolo para o Centro de Acolhimento. Ambos foram estudados pela identidade financiadora e pela entidade promotora e estipulada a verba que ambos julgavam adequada, que eu não lhe vou dizer qual é porque não posso… Foi definida uma verba e, no fim do ano nós temos que provar onde é que gastamos a

verba, se gastamos bem, e se não a gastamos bem a segurança social vai nos pedir o dinheiro, se o gastamos bem não nos vai pedir o dinheiro, se não gastamos tudo temos que devolver. A instituição recebe o dinheiro da Segurança Social (para o Centro de Acolhimento) e do IDT (para o Gabinete de Apoio).

P: Mas não há retaguarda financeira. Os criadores, ou investidores da IPSS não são uma retaguarda financeira?

R: Não. Isto é um risco que a Norte Vida corre. A Norte Vida foi criada num movimento associativo, de várias pessoas, de vários médicos, de pessoas da saúde e da política que criou a instituição, e como era tudo gente com algum protagonismo, criou para dinamizar o tal Contrato Cidade e portanto, não há aqui investimento particular, houveram sempre contratos, e daí o dinheiro ter que ser muito bem gerido porque se falhar um protocolo, vai toda a gente para a rua, porque a instituição não tem dinheiro para se manter. Nem tem o presidente, nem tesoureiro,…O que sai tem que ser equivalente ou menor do que o que entra. Menor nunca consegue ser muito, consegue ser algumas vezes, mas também não consegue ser muito porque os financiamentos são estreitos, já são magros. Depois tudo depende daquilo que oferecemos aos utentes. De qualquer forma, nós estamos sempre completamente dependentes da avaliação do trabalho e da manutenção dos acordos. Se trabalhamos bem, os acordos são revistos e continuam, senão, estamos tramados…

ANEXOS

Anexo E: Entrevista P3

ENTREVISTA COM O DIRECTOR DE UMA IPSS – COMUNIDADE TERAPÊUTICA – P3

P: Qual a missão desta Instituição?

R: Os objectivos (nós somos uma Comunidade Terapêutica não é?) são comuns a todas as comunidades terapêuticas que tem a ver com a reabilitação do toxicodependente ou do alcoólico e a reintegração desta pessoa na sociedade, podemos dizer assim em traços muito gerais… porque depois existem objectivos mais específicos que têm a ver com os métodos e com as teorias que estão por detrás do funcionamento. Assim muito geral, em traços gerais…

P: Considera esta instituição uma associação, uma cooperativa, uma sociedade mútua ou uma fundação?

R: É uma associação.

P: A principal razão que levou à abertura desta Instituição foi portanto a Promoção da Saúde?

R: Foi há muito tempo… Não sei se viu nesta placa aqui da casa, foi em 99… e na altura não havia grandes respostas na cidade do Porto para o fenómeno ou problema da toxicodependência. Portanto esta associação, senão a primeira, foi das primeiras a dar resposta a esse problema. A Norte Vida, se calhar até foi a primeira estás a ver?.. mas foi das primeiras associações a dar respostas a pessoas com problema de utilização de drogas.

P: Acha que esta instituição pode ser considerada uma Instituição de Cariz Social?

R: Sim! Claro!

P: Considera que este tipo de instituição social é útil para o desenvolvimento de modo sustentado da Sociedade?

R: Oh claro, não é?.. Temos um franja… montes de gente nova, agora se calhar já estão envelhecidos, mas na altura eram muito nova… que na altura podia estar a fazer outra coisa que até tinham mais prazer e que não estavam, por alguma razão não estavam… e não tem a ver com malandragem nem nada disso, que eu não penso assim dessa maneira… mas sei que são potenciais trabalhadores em diversas áreas, até podiam ser pessoas que podiam ficar só a pensar, tudo bem, mas que não estão a fazer isso!

P: O que é para si o "Empreendedorismo"?

R: Tem a ver com uma construção que tem que vir de uma motivação mais interna do individuo que se vão ver no exterior mas,… são um bocado as novas tendências também e o enriquecimento das pessoas, e dotá-las de certas competências que fazem com que as tornem mais dinâmicas no cumprimento de um certo objectivo e de um fazer. É um cumprimento mais com o que se tem do que o que se tem de comprar para se vir a ter… eu faço a leitura por aí!

P: O que é para si o "Empreendedorismo Social"?

R: É a mesma ideia, a mesma filosofia, só que dentro de um sitio onde normalmente existem muito fundos… não existem muitos fundos, já existiram, se calhar, mais para umas coisas e não sei quê… mas onde, cada vez a tendência é mais essa. Às vezes tem a ver com as auto-gestões, pode ser um espelho disso. Eu acho que esta questão desse conceito está a surgir devido a uma grande pobreza, em que as pessoas tem que dar a volta de alguma maneira e que já não conseguem ir buscar fundos e não vão a sítio nenhum, e têm que se movimentar de outra forma. Agora, se me perguntarem o que é que eu acho, se está bem se está mal? Eh pá, em algumas coisas não está muito bem na

mesma. Eu acho que existem serviços que não precisavam de uma construção e de um movimento para os receber, deviam ser adquiridos, não é? Outros se calhar fazem sentido. Isso tem a ver com os patamares, com as necessidades que os indivíduos têm. Eu acho que há coisas que nós não temos de nos esforçar para ter – escolas, alimentação e saúde, certo? Portanto até alguma coisa dentro desta coisa mais social, desde os cuidados… portanto eu aqui acho que esse conceito até pode ser um bocadinho pernicioso, se me faço entender? Porque o conceito fora das necessidades básicas faz-me todo o sentido. Dentro de coisas básicas, não me faz tanto!

P: Não é, portanto, o fundador desta Instituição.

R: Não

P: Qual a sua formação de base?

R: Psicologia

P: Na sua opinião, as suas experiências passadas, identidade social, credibilidade social, reputação e rede social tiveram alguma influência na posição que ocupa na instituição?

R: O meu trabalho claro, tem a ver com todo o meu percurso profissional, não é? Claro que também tem a ver com o meu percurso mais individual, mais íntimo devido às minhas escolhas obviamente, mas nesta altura do campeonato e com estes anos já (porque já vai uma década de trabalho, não é?), tem a ver com currículo na área das drogas, com experiência nesta área de comportamento desviante. Portanto, tem a ver com isso. A minha identidade está colada, a minha identidade profissional tem a ver com as drogas, claro!

P: Das seguintes características, com quais se identifica? Inovador, Fundador, Gestor/Proprietário, Criador de nova organização, Tomador de risco, Objectivo: lucro/crescimento, Independente, Mira oportunidade.

R: Isso do inovadora e criadora, todos os humanos que estão a trabalhar fazem não é? Mas se calhar é muito forte para eu me identificar só com uma…
Mira oportunidade… oh pá… lá estamos nós nisso… Cada vez mais a minha tentação é fazer… porque ao fim de 10 anos as drogas são diferentes, os utilizadores são diferentes e o serviços necessariamente terão de ser diferentes. Os serviços estão a adequar-se, como é óbvio, mas sempre um bocado atrasados como também é natural porque não somos nós os técnicos que usamos as drogas, portanto o saber das drogas demora mais tempo a chegar aqui, ok? Claro que temos que ir ver sempre a nova tendência, o que é que temos que fazer… é um bocado conhecimento e fazer de novo. Já é difícil a gente ver às vezes, a tendência é sermos um bocadinho cegos (acho que é um bocado a tendência natural) e por ser essa a tendência natural, temos mesmo que ter cuidado, e temos mesmo que ver e tentar perceber o que está a acontecer, mexer-nos do local onde habitualmente estamos a trabalhar e ver os outros contextos. Por exemplo, na área das drogas, é importante fazer o percurso – o percurso é trabalhar um bocado no bairro, por exemplo, na redução de riscos. Estive alguns meses na redução de riscos, no bairro do Aleixo… deu para perceber o contexto, o território das drogas que até hoje (agora já estou aqui há uma série de anos) me permitiu perceber isto tudo de outra maneira. Portanto, o estilo Comunidade, o estilo Redução de Riscos, as casas intermédias de redução de riscos como são a casa da Vila Nova – estes espaços todos são importantes para a gente perceber o fenómeno, não é? E é interessante também estar a observar sem pertencer a nada, enquanto observador! Oh pá, há aqui uma série de coisas que a gente tem que ir fazendo… Hoje, passaram 5 anos que eu fiz redução de riscos (não, ainda não passou tanto, mas não interessa!), o bairro do Aleixo tem que estar diferente, eu já não estou actualizada com o Aleixo hoje em dia, a única coisa que eu sei, os saberes que eu sei, agora vem com quem está aqui sentado, já não sou eu que estou a ver, é o utilizador que me traz o novo saber. Portanto eu também (e esta expressão é feia) vou usando o utilizador, vou fazendo um trabalho mais terapêutico mas também vou usando o utilizador nesta óptica – ele é importante para eu me actualizar, porque sem ele eu também não vou a lado nenhum.

P: Vê-se como um empreendedor?

R: Um bocadinho mais, devido às dificuldades que este país passa, considero-me um bocadinho mais! Eu não gostaria de ser! Dentro do que estou a fazer, acho que não fazia sentido, mas estou a tornar-me uma empreendedora social, neste caso.

P: Como pensa que é vista esta instituição por parte da população em geral?

R: Na população aqui das redondezas onde estamos inseridos, já está cá há 10 anos, portanto esse impacto da "casa dos não sei quantos" nem é do meu tempo. O que eu posso dizer é que por exemplo, nós vamos buscar o pão ao café aqui perto, à padaria, onde eu também bebo o meu café, portanto isso ultrapassou-se completamente. Somos mais uns a viver aqui!.. De vez em quando chateiam-se connosco porque acontece alguma coisa e "ai, foi lá!" mas é muito raro isso acontecer. É tão raro! Nós somos parceiros da Junta também! No outro dia partiu-se um espelho do campo de futebol onde eles jogam futebol, e foi um utente da casa… O utente vai lá arranjar. É ele que vai lá pôr o espelho! É um homem não é? É mais velho do que eu se calhar e eu não ia lá pôr o espelho obviamente! Assumir responsabilidades que é mesmo dele, não é minha! Não fui eu que parti o espelho! Está cá inserido obviamente, e eu tomo conto do acontecimento, certo… mas foi ele que partiu o espelho.

P: Quais pensa serem as principais dificuldades do sector e especificamente, desta instituição no mercado?

R: Dificuldade do sector… Dificuldade, se calhar, no inicio (há 10 anos) havia dinheiro destinado a esta problemática, hoje em dia há muito pouco… Se calhar, também não diria muito pouco! Mesmo assim ainda é das áreas onde vai havendo alguma coisa!... Não sei se viste hoje uma notícia no JN que vão tirar o dinheiro das refeições dos putos no ATLs? É assustador, não é? ATLs estamos a falar de crianças! É tipo "O que é isto? O que é que se passa?". Eu não posso ser empreendedora num ATL, não é? Não tenho que ser! Para mim o conceito tem de morrer ali! Não pode existir ali naquele espaço! Tem que haver dinheiro para dar comida aos pequeninos, ponto! Não sou eu que vou arranjar parcerias e ver potencialidades para trazer comida para os meninos! Não concordo com isso! Dentro desta casa, faço este tipo de coisas.

São adultos, não vou dizer que a toxicodependência é uma escolha activa – não, não vou dizer, mas algumas coisas são escolhas activas, algumas coisas! Portanto, não me coloco no patamar de um ATL! Portanto se eu fizer algumas coisas para mobilizar coisas, riqueza (vou dizer assim) dos outros, tudo bem, não fica mal. Eu preciso de cortar a relva aqui, que o espaço aqui à frente da casa está vergonhoso – isto cresceu, cresceu, cresceu – e a nossa máquina avariou-se, e não temos dinheiro para comprar outra! Deixamos o mato crescer! Como é que vamos fazer, como é que não vamos fazer? Pedimos à Junta, e temos um contrato com a LIPOR, pedimos que nos venha fazer esse serviço aqui. Isto de alguma forma, é um bocadinho empreendedorismo, não é, no sentido de utilizar o que os outros têm! De mobilizar meios! Eu de facto um ATL, volto a dizer, eh pá não têm que fazer isso! Não têm que mandar fax à mimosa para eles mandarem leite para as crianças, não têm! Pronto, é esta a minha posição! Aqui faço! Se for necessário, sim?

P: Qual acha serem os principais objectivos desta instituição no mercado social actual?

R: Os principais objectivos desta casa?... No mercado social actual, que é um mercado, pá, que é assustador hoje em dia! É assustador! Nós, acho que nem entramos para isso! Eu acho que estamos tão excluídos disso devido às dificuldades… O que é que é? Pôr esta gente operacional? Seria esse o meu objectivo? E pô-los onde? No desemprego que está na maioria das pessoas? Eu tenho de ter essa visão, não é? Muita gente que nunca teve nenhum tipo de adições, que nunca teve problemas nenhuns, nenhuma dificuldade às costas, e não consegue nada! Portanto, o que é que eu posso...? Ok, neste momento, para mim, o meu objectivo é que esta malta que ande por aqui viva esta vida o mais feliz que conseguir, sem ter o drama da adição. Neste momento, para mim, é isso que faz sentido! É esta malta, estas pessoas encontrarem sítios onde vale a pena estar vivo. Basicamente é isso! E conseguirem-se imaginar e projectar de outra maneira. Agora se eu for pensar que isso está directamente relacionado com os mercados de trabalho (claro que eu sei que a tua pergunta não é só por aqui, é social, tudo bem!), mas nós sabemos que o trabalho, hoje em dia, está intimamente ligado com o nosso espaço social, não é? Por isso, é difícil responder-te…

P: Qual o preço do tratamento?

R: Olha, esse é um drama (não sei como é que vai ser ainda, está mesmo a acontecer). É que existe uma verba que tem de ser paga pela Segurança Social porque senão algumas pessoas não conseguem estar dentro de uma Comunidade Terapêutica, porque não têm familiares que ajudem. E existem alguns dinheiros que têm de ser dados, para comprarem medicamentos… é isso, não é?... Claro e depois dizem "Mas também compram tabaco!". É verdade, também compram tabaco, mas eu também tenho que ver os níveis, eu não posso querer tudo de uma vez. E eu se calhar vou ficar sem estes dinheiros da Segurança Social, se calhar duns ou doutros, vai acontecer isso…
O IDT paga uma parte, os 80%, que serve para esta casa existir, e depois existem outros dinheiros – a quantidade posso-te dizer que são 300 euros – que serve para o indivíduo viver, para tudo! Para tudo… para tudo! São 300 euros!.. Não sei como é que vai ficar… Estamos a falar de pessoas com gastos brutais em medicação. Por exemplo, neste momento no grupo, só assim de caras, tenho 4 pessoas a tomarem medicação do HIV, que é muito cara, não é? E depois, todas as necessidades que têm, e dentes, que é uma característica-mãe… toda a gente quer ficar com dentes, obviamente. Portanto, é uma meta e isso não se paga… É assim!

ANEXOS

Anexo F: Entrevista com o Responsável Técnico da CPP

ENTREVISTA COM UM RESPONSÁVEL TÉCNICO DE UMA CLÍNICA PRIVADA DO DISTRITO DO PORTO

(PARTE DO PRÉ-INTERNAMENTO NÃO FOI GRAVADA POR IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA)

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças psiquiátricas associadas à toxicodependência?

R: Não quer dizer que seja a maioria… Agora, há muita gente que têm realmente outras doenças associadas, não só a esquizofrenia, a bipolaridade com outra doenças de não foro psiquiátrico, não é?.. Agora… acontece frequentemente!

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças físicas associadas à toxicodependência, como as hepatites, HIV,…?

R: Frequentemente… isso é muito frequente não é?.. Embora dependa muita o tipo de droga e o meio social onde a pessoa está inserida, é muito frequente a pessoa ter qualquer uma dessas doenças.

P: Os indivíduos internados são sujeitos a um rastreio completo no intra-internamento imediato?

R: Exactamente, exactamente… Todos eles quando entram, os que vêm directamente do CRI já trazem as análise feitas. Os particulares fazem no inicio do tratamento, já aqui! Há outra instituição privada que vem aqui recolher as amostras e faz as devidas análises.

P: O rastreio é repetido durante o internamento?

R: Só se os resultados não forem conclusivos, não é, porque aqui não há grandes hipóteses de contaminação.
Quando começam a ir a casa, por exemplo, a pessoa vai a casa 2 dias, ao chegar é a primeira coisa que faz – teste de urina e do balão. Eles sabem!.. e sabem que tanto podem fazer como não fazer, não é, mas por norma fazem…

P: Os indivíduos internados são tratados farmacologicamente?

R: Sim.

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psicológico?

R: Diariamente.

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psiquiátrico?

R: Também… Não temos um psiquiatra efectivo. Temos um psiquiatra que vem sempre que é preciso, para além das consultas normais de rotina que faz 2 vezes por semana.

P: Os indivíduos internados têm terapia de grupo?

R: Terapias de grupo, terapias individuais,…

P: Os indivíduos são reavaliados de quanto em quanto tempo?

R: Ao minuto,.. e seguindo a teoria dos 12 passos…

P: Qual é a duração, em média, do tratamento para a toxicodependência nesta instituição?

R: Como eu já tinha dito, o nosso tratamento tem uma duração mínima de 84 dias. Muito raramente, a pessoa nestes 84 dias sai completamente estável… há quem consiga fazer mas não é fácil. Portanto, a duração média passará para os 100 dias, 15-16 semanas. Numa fase final nós pomos em prática aquilo a que chamamos terapia da realidade, ou seja, a pessoa vai passar (1 mês antes de sair) 2 dias a casa e volta, depois passados uns 10 dias, vai passar ¾ dias a casa e volta para nós vermos o comportamento da pessoa no meio onde vai ser inserido e vermos o comportamento dela quando regressa.

P: Existe um tempo máximo para o tratamento do indivíduo?

R: Não há tempo máximo! É até eles estarem reabilitados…

P: Aquando o internamento, os indivíduos têm acesso ao meio exterior?

R: Têm piscina semanalmente, vão ao café regularmente, vão ao cinema regularmente, jogam futebol quando o tempo o permite semanalmente, vão à praia no Verão, saem com as famílias de 15 em 15 dias a partir do 1º mês de tratamento (de 15 em 15 dias têm a visita das famílias, vão almoçar fora com eles, regressam), vão diariamente ao pão de manhã em grupos de 3 (é pertinho mas vão, vão sozinhos – 2 dos mais velhos e 1 dos mais novos (quando digo dos mais novos é claro que não saem com 1 semana ou 2 de casa, mas vão sozinhos), levam dinheiro para o pão, trazem o troco, os talõezinhos e por norma, as coisas correm bastante bem! Isso também lhes dá a eles uma certa responsabilidade!)

P: Que taxa de ocupação costumam ter na Instituição?

R. 100%. Por norma, 100%

P: De que modo é financiado o tratamento?

R: Alguns por particulares, outros pelo IDT com a Segurança Social…

P: Condições físicas do internamento na Instituição:

R: **Profissionais de Saúde:**

- Psiquiatra,
- Psicólogo,
- Médico de Clínica Geral,
- Técnicos de Aconselhamento,
- Monitores,
- 2 Estagiárias de Assistente Social.

Número de Quartos: 5 quartos – 1 com 3 camas, 2 com 4 e 2 com 2 (total de 15 camas). Quem faz a selecção dos quartos (neste caso, sou eu), e vou mudando as pessoas de quarto afim que toda a gente consiga sociabilizar. Uma das grandes dificuldades das pessoas que vêm para tratamento é a sociabilização! São pessoas que se afastaram completamento da realidade e das pessoas, porque se se afastaram da família, mais depressa se afastaram dos amigos, logo, têm uma grande dificuldade em criar laços, e assim as pessoas são obrigadas a lidar com toda a gente e a criar empatias - se não for com uns é com outros! Mas são obrigados…

Objectos pessoais não permitidos no quarto: perfumes ou todo o líquido que seja composto por álcool ou algum tipo de produto químico, podem levar tabaco e isqueiro, não podem levar aparelhos de música, não podem levar livros…

Separação homens/ mulheres: Sim

Refeições: Pequeno-almoço, almoço, jantar e ceia. Lanche não! Durante a tarde eles podem beber um copo de leite, um chá, comer umas bolachas, uma peça de fruta mas não há horário para o lanche…

Lazer:

- Cimema,

- Praia,
- Futebol,
- Museus (mas aqui já depende dos grupos! Há grupos a quem realmente isso interessa, há outros a quem não interessa nada! É muito relativo! Mas quando realmente há pessoas interessadas também saímos – vamos ver uma exposição de qualquer coisa… Acaba por ser engraçado!)

P: A instituição faz um acompanhamento pós-internamento ao indivíduo com consultas programadas durante um determinado período de tempo?

R: Temos a linha de assistência 24h. Além disso, depois do tratamento, a pessoa fica incubida (não diria obrigada mas incubida) de fazer um dia de vivência connosco, ou seja, passar aqui a 5ª feira (que é o dia estipulado para esse tipo de situações) como se ainda estivesse internado, faz as coisas que qualquer outro residente faz. E ao sábado de 15 em 15 dias têm um grupo, onde é feita uma terapia de grupo só para ex-residentes, pessoas que já acabaram o tratamento.

P: (…) Mas é durante um tempo estipulado?

R: É assim, nós costumamos dizer que é durante os 6 meses seguintes, mas nós nunca não estipulamos um tempo… temos aqui pessoas que já vêm cá há 4 anos, por exemplo (que é sempre bom, não é? E ficamos bastante satisfeitos por eles continuarem a vir, é sinal que se sentem aqui bem, é sinal que não se esqueceram que foi aqui que mudaram de vida, não é?)

P: (…) Mas esse tipo de assistência pós-internamento é pago antes da saída? Não é pago?...

R: Não! Não é pago!

P: Qual a taxa de reinternamento nesta mesma instituição?

R: Falando só em casos de situação de recaída posso lhe dizer que, imagine, 100 pessoas que saiam daqui e 100 pessoas que recaiam, quase de certeza que 90% voltam para aqui! Fazem aqui novo tratamento! Das 100 pessoas que recaem e voltam a tratamento, pelo menos 90 voltam para aqui…

P: Qual a taxa de sucesso da instituição?

R: É muito boa, felizmente!

ANEXOS

Anexo G: Entrevista com o Coordenador Técnico da CPB

Entrevista com um responsável técnico de uma Clínica Privada - CPB

P: Quem são na sua maioria os requerentes do internamento?

R: São os CRIs (aquilo que é os antigos CATs), são as CPCJs (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens), são as autarquias, são os tribunais, são privados (pessoas que nos conhecem já aos anos, e que também nos requerem o internamento de familiares, ou de amigos), os médicos de família, a Segurança Social também… Assim, de grosso modo, acho que são esses.

P: Como chegam os indivíduos à Instituição?

R: Temos imensas situações. A mais comum, de facto, é eles virem acompanhados da família… também, cada vez mais há indivíduos sem suporte familiar, que vêm acompanhados dos técnicos dos serviços que os estão a referenciar; ou outros vêm com amigos.

P: Existe algum método de selecção para a entrada na Instituição, em Centro de Acolhimento?

R: Ora bem… Nós somos de alguma forma criteriosos numa questão, que é a motivação ou não para tratamento, e nesse sentido, é um critério porque não acreditamos muito na exclusão por exclusão logo inicial… A motivação é o que pesa substancialmente nesse leque.

P: É realizada algum tipo de consulta com o indivíduo antes da decisão de internamento?

R: Nessa entrevista o pré-candidato, ou candidato a candidato a residente tem consulta com o Assistente Social, que é o primeiro contacto que as pessoas têm com a Instituição; nalguns casos, se houver psicopatologia subjacente também são vistos pelo médico; e, nalguns casos também são vistos pelo psicólogo.

Agora, nós aqui temos uma abordagem interessante. A nossa instituição tende a que os residentes que já cá estão também sejam participativos, sendo que eles também fazem (os residentes mais velhos) uma entrevista ao pré-candidato. Isso tem 2 funções, a função de empoderar os mais antigos, dar-lhes essa responsabilidade, e num modo geral, a opinião deles é extremamente relevante; e tem outra vantagem, para o pré-candidato, que quando entra na Instituição já tem algum tipo de vínculo com aqueles que lhe fizeram a entrevista, já é um bocadinho familiar… Tem esta vertente que nós achamos engraçada.

P: Os indivíduos internados têm familiares directos a acompanhá-los?

R: Nós temos pessoas que são acompanhadas por familiares directos, mas cada vez mais nós temos indivíduos que não têm qualquer tipo de suporte, nós temos pessoas que nunca tiveram visita de quem quer que seja, e cada vez mais a tendência é essa, ou seja, isto é indicador que as famílias já têm grandes danos, não há rede, há um desvincular total… Por exemplo, sem-abrigos, indivíduos desvinculados da família há muitos anos, esses não têm…

P: Qual o diagnóstico/ causa de internamento mais frequente? (A escolher entre 4)

R: No fundo, eu não escolheria absolutamente nenhuma, porque todas elas estão subjacentes à problemática. Nós aqui tendemos a enquadrar à adição das drogas e do álcool num espectro muito mais abrangente do que está aqui descrito… Os indivíduos vêm aqui com o abuso ou dependência de substâncias e são enquadrados nesses critérios (e temos que fazer o diagnóstico diferencial entre o abuso ou a dependência das substâncias, desde as substâncias ilícitas ao álcool), e depois temos que fazer aqui um enquadramento de natureza mais social, o que no fundo é a última opção (…) está a ver?... Estas 4 questões enquadram, no fundo, os critérios, em princípio, do DSM IV… Portanto, os nossos critérios aqui de admissão das pessoas estão baseados no DSM IV e fazemos o diagnóstico com esses critérios, isto simplificando e não escolhendo aqui nenhuma destas opções.

A clínica está legalizada, creio que, para todas as situações possíveis pela lei. Nós temos aqui indivíduos toxicodependentes a fazer o programa geral, toxicodependentes que são toxicodependentes e que têm associada patologia psiquiátrica (estamos legalizados para receber os duplos diagnósticos), temos os adolescentes, temos os alcoólicos, temos as mulheres (mulheres grávida ou com crianças – neste momento temos 3 bebés na casa). E nestes critérios do diagnóstico, nós tendemos a descartar consideravelmente, a descartar não, a referenciar a psicopatologia, porque pode haver, e cada vez há mais… Acho que isto tem a ver, primeiro, com o tipo de drogas que há no mercado hoje em dia que são muito mais propensas a esse tipo de perturbações psicóticas e por aí fora. Essas drogas novas, sintéticas e por aí fora criam muito isso. E depois, a mudança radical da tipologia dos indivíduos, que já não é aquilo que era há 10 anos atrás, e a mudança radical que a sociedade está a ter. Esta questão que menciona dá por vezes uma mistura explosiva. Nós, cada vez mais, temos indivíduos que nos procuram que não têm rigorosamente nada a ver (e eu já trabalho com esta população há muitos anos) com aquilo que eram as pessoas há 5, 7, 10 anos, porque é diferente! Daí que os programas, cada vez mais têm que se adaptar a uma nova realidade emergente, porque mesmo aqueles instrumentos terapêuticos que funcionariam há 10 anos perfeitamente, hoje em dia são obsoletos. E nós temos que ter a flexibilidade e a capacidade de adaptar novos instrumentos a esta nova realidade. Por exemplo, os border-line, que cada vez nos aparecem mais indivíduos border-line, é complicado, são patologias muito complicadas e com sucessos muito baixos. É mais fácil tratar um esquizofrénico do que um border-line! E é este enquadramento a nível do diagnóstico mais abrangente, não tão sistematizado como está aqui, mas no entanto, os nossos critérios têm todos um bocadinho destes, portanto eu não poderia escolher um só, para escolher teria de escolher as 4 para ter melhor enquadramento.

P: Qual é o caso da maioria dos utentes internados? Primeiro internamento ou recaída?

R: Neste momento, temos indivíduos que é mesmo o primeiro internamento que fazem numa comunidade terapêutica, temos indivíduos que já passaram por muitos outros programas de tratamento, portanto é esta mistura de casos… e enquadra-se aqui a questão de indivíduos que recaíram.

Porque a recaía às vezes parece que é um parente pobre no meio disto tudo, mas nós devíamos privilegiar, de facto, o fenómeno da recaída. O fenómeno da recaída, o que é de facto recair?... Nós tendemos a não moralizar e a não culpabilizar o indivíduo, acreditamos piamente que isto é uma doença, e uma doença, como qualquer doença crónica tem de ter recidivas, e a recidiva neste caso, é a recaída. Tentamos é compreender um individuo que nos chega, um grande recaído e juntamente com ele, que ele perceba e que vá à áreas que o levam habitualmente à recaída, porque a recaída é um fenómeno e como fenómeno, nós temos que o compreender. E isso é uma questão que para nós também é importante! Porque a maioria das pessoas que recaem querem se tratar, a maioria das pessoas que recaem sabem que têm imensas competências, sabem imensas coisas sobre si e sobre os processos de como entrar em recuperação. Mas porque é que caem?... E aí é que a porca torce o rabo… Às vezes estamos a insistir em défices que não existem… Portanto, a recaída como fenómeno tem que ser entendida! Não quero aqui dizer, ou ter a pretensão que nós aqui somos o máximo na compreensão disso mas sim, tendemos a compreender o porquê. Isso requer tempo, requer paciência e requer sobretudo que o residente deixe. Enquanto ele não deixar, não podemos fazer nada… Mas cada vez mais há indivíduos recaídos…

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças psiquiátricas associadas à toxicodependência?

R: Claro!... Não é a maioria!... Mas por exemplo, aparece muito e creio que o ecstasy dá muito isso, em crise dissociativa. A crise dissociativa é cada vez mais uma constante aqui. Pessoas que têm perturbações até a nível do pensamento, e também cada vez mais temos indivíduos com défices cognitivos. Por exemplo agora está a surgir de uma forma (para mim enquanto técnico) nova, indivíduos que são deficientes, que não sabem ler, escrever, oriundos das CERCIs que também se começaram a drogar e que também é um grande desafio. Por exemplo, eu enquanto técnico é a primeira vez que me estou a confrontar com essa realidade, que é uma realidade nova para mim e desafiante. Portanto aqui chega-nos muita psicopatologia e já falamos nos border-line que é muito muito muito complicado. Indivíduos com défices cognitivos, hoje em dia,

são o normal! Aquilo que antigamente não nos confrontávamos com isso, hoje em dia, o défice cognitivo é assustador!

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças físicas associadas à toxicodependência?

R: Claro! Tuberculoses, as Hepatites de todo o tipo, os HIV, a neuropatia, os alcoólicos, com problemas do Sistema Gastro-intestinal todo (principalmente os alcoólicos), diabetes (sobretudo alcoólicos).
Um dos protocolos que nós temos, sobretudo para os alcoólicos, é exactamente o despiste dos problemas gástricos, todos eles têm que fazer as endoscopias, as ecografias exactamente para futuros despistes.
Aqui nós temos uma visão médica que também é interessante. Repare: se um indivíduo estiver aqui 1 ano connosco e se fizer o tratamento à tuberculose, que tem benefícios, e a Saúde Pública tem benefícios. É aqui que nós questionamos muito a questão dos ambulatórios estatais – os indivíduos não aderem, eles não conseguem de forma nenhuma garantir que eles façam as terapêuticas. Enquanto eles aqui fazem as terapêuticas todas. Neste momento, temos aqui uma rapariga que fez o tratamento à tuberculose e pronto, agora está bem! Andou aí perdida no sistema e nunca ninguém conseguiu fazer-lhe o tratamento à tuberculose e a bomba que esta pessoa era aí metida no meio de todos nós, no sistema social onde ela estava inserida…

P: Os indivíduos internados são sujeitos a um rastreio completo no intra-internamento imediato?

R: Eles não podem entrar na Instituição, a lei não permite, sem análises, Radiografias ao tórax, testes da tuberculina e essas coisas. É obrigatório! Há casos, que por falta de suporte, vêm e fazem isso já aqui, mas são casos muito particulares…O caso dos alcoólicos, as endoscopias e essas coisas, não é uma imposição de lei, é de facto uma postura que temos cá dentro. Repare: eles estão sempre mal do estômago, estão sempre com azia, com queixas, depois não progridem no tratamento, depois os seus focos obsessivos focam-se nos sintomas físicos que têm, e então, achamos que é mais

benéfico para a saúde deles, eles de facto fazerem estas coisas. Assim como as mulheres, todas elas (não é obrigado por lei mas nós aqui fazemos isso) têm de fazer papanicolau, os exames ginecológicos, porque há muito problema ginecológico nas mulheres e as pessoas trataram-se aqui…. Pessoas que andaram aí perdidas no Sistema de Saúde, resolveram os seus problemas aqui!

P: O rastreio é repetido durante o internamento?

R: O controlo analítico da urina, para ver se houve ingestão da substância, nós fazemos isso e isso tem 2 leituras. A primeira leitura que é, em dias perfeitamente aleatórios, pode fazer-se, ou à casa toda ou a indivíduos aleatoriamente mesmo sabendo que muitos deles estão totalmente abstinentes. Isso tem a ver com algum tipo de persuasão que se faz sobre eles, e treinar os indivíduos a que é normal podermos aferir através do controlo analítico da urina se eles estão a consumir ou não. Enquanto eles estão aqui em internamento, numa fase mais fechada isso não é possível. Mas, quando os indivíduos começam a estar mais no exterior, a passarem fins-de-semana em casa, numa fase mais avançada do tratamento, onde têm uma vida externa mais intensa, por causa do treino do controlo analítico da urina, quando nós fazemos esses rastreios, já não temos resistência. Já sabem que aquilo é normal e não é por estar a desconfiar deles. Sabem que, se são mulheres têm de urinar ao pé de uma técnica, se são homens têm de urinar ao pé de um homem… E sobretudo, isto também tem uma parte correctiva, que a mim, pessoalmente, me agrada! Nós portugueses, temos uma aversão à avaliação, uma aversão inata a sermos avaliados e, as avaliações do controlo analítico da urina, as avaliações semanais, as avaliações de fim-de-semana - são tudo avaliações que permite ao indivíduo ter o treino de ser avaliado e não ser uma catástrofe por ser avaliado. Tem esta parte, além de sabre se ele está a consumir ou a não consumir, tem esta parte de correcção comportamental, que eu acho muito interessante…

P: Os indivíduos internados são tratados farmacologicamente?

R: Claro! O esquizofrénico tem de ser tratado farmacologicamente! Um border-line tem de tomar medicação! E mais ainda, muitos vêm (porque vêm provenientes dos

CRIs) a tomar metadona, e nós fazemos o desmame progressivo da metadona aqui. Cada vez mais há indivíduos a vir a tomar metadona porque, é a política que temos, a da metadona…

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psicológico?

R: Bom, vamos lá ver, eles têm sempre, sempre, sempre… Diariamente os nossos residentes têm acompanhamento em psicoterapia, têm acompanhamento em psicoterapia individual (consulta individual), e pronto, acho que sintetiza mais ou menos o que nós temos aqui… Agora dentro do que se faz aqui é que é um leque grande… Temos desde as psicoterapias emocionais, temos o psicodrama, a terapia familiar… Sabe, depois isto é tudo muito caro e os serviços, as convenções também não nos pagam para prestar uma série de serviços que até gostaríamos de prestar, mas só se fossemos altruístas neuróticos, não é? Era um descalabro… Eles não estão aqui sozinhos…

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psiquiátrico?

R: Acompanhamento psiquiátrico também. Nós temos uma série de baterias/ testes quando é necessário. Desde o clássico MMPI que é um teste multifásico de personalidade… temos muitos testes que fazemos e eles têm consultas psiquiátricas, porque repare: nós temos psiquiatra e os doentes psiquiátricos têm de ser acompanhados, porque por exemplo, os esquizofrénicos – nós temos indivíduos que vêm muito descompensados, com medicações fortíssimas, depois aqui temos indivíduos só a fazer risperidal 37 mg de 15 em 15 dias que estão perfeitamente compensados. Mas até chegar a este nível de maior desempenho, isto tem que ser com acompanhamento psiquiátrico, e quem faz esse acompanhamento é o psiquiatra.

P: Os indivíduos internados têm terapia de grupo?

R: Exacto!

P: Os indivíduos são reavaliados de quanto em quanto tempo?

R: O tempo de tratamento cá é o que a lei prevê! O tempo de internamento para um alcoólico (que é uma injustiça clara e não sei até que ponto não é anti-consitucional), um alcoólico só pode ter direito a 3 meses de tratamento e pode requerer-se mais 3, portanto o tempo máximo, são 6 meses. Um toxicodependente (seja adolescente, grávida, com patologia psiquiátrica, seja o que for) o tratamento é de 1 ano e pode requerer-se mais 6 meses, portanto o indivíduo pode ir até 18 meses. Nós tendemos a que a duração do nosso tratamento seja de 9 meses a 1 ano, sendo que há casos - por exemplo temos o caso de uma mulher que tem um bebé que não tem qualquer tipo de suporte familiar – ela vai ficar cá provavelmente 18 meses connosco porque aí estamos a construir com ela um projecto de vida para que ela depois consiga sobreviver autonomamente, e isto às vezes não se consegue fazer em 9 meses. Os doentes psiquiátrico requerem um tempo mais alargado de tratamento… Mas o tratamento no geral pode fazer-se perfeitamente de 9 meses a 1 ano, que é a média.
Agora, a reavaliação! Eles estão constantemente a ser reavaliados porque repare: eles ao fazerem as psicoterapias que nós fazemos aqui, a reavaliação deles é constante. E depois, nós ainda temos outra coisa, que gostamos de ter cá na nossa casa, que é – eles próprios se monitorizam. A monitorização pessoal e a monitorização colectiva que é feita por eles mesmos são muito interessantes, cria uma dinâmica. Portanto, há sempre aqui "processozinhos" de reavaliação. Agora, instrumentos específicos, não temos porque não achamos…

P: Portanto o facto de irem mais para o exterior ou a partir de quando podem ir passar o fim-de-semana a casa não é estipulado? Não é só a partir, por exemplo, dos 4 meses de internamento?

R: Na primeira entrevista que nós fazemos antes da entrada, nós também temos que avaliar o síndrome de abstinência e temos que recorrer aos serviços para fazerem as desintoxicações respectivas… Nós temos aqui uma situação paradigmática! Nós percebemos que havia um número significativo de desistências numa fase inicial. Por isso, nós criamos aqui uma estrutura, dentro desta estrutura, a que nós chamamos a

fase pré-comunitária, mesmo vivendo em comunidade. É o indivíduo que chegou e que não tem uma intensidade de tratamento, de terapia, de exigência como já têm os outros. Isso, dependendo de indivíduo para indivíduo, tende a que seja mais ou menos 1 mês/ 1 mês e meio, que ele esteja nessa fase pré-comunitária, em que ele vai ter conhecimento da comunidade, estar mais no exterior (mas dentro da área da comunidade), e vai tomando contacto com as regras,…é uma introdução ligeira! E ao termos feito essa opção, reduzimos consideravelmente, hoje não é prevalente, as desistências numa fase inicial. Depois, o indivíduo vai para o que chamamos internamente, para a fase comunitária, onde a exigência sobe consideravelmente.

Tem que se fazer uma certa contenção das gratificações porque o que estes indivíduos, entre muitas coisas, não sabem fazer, é conter-se nesse sistema das gratificações. Portanto, eles têm de conquistar progressivamente (com o esforço, o empenho) o direito de… mas está nas mãos deles, não está na de nenhum técnico. Por volta dos ¾ meses, eles podem, por exemplo, ir 2 vezes por semana tomar café em grupo (sempre em grupo) a uma pastelaria que há aqui perto. Vão em grupo e isto tem um significado imenso para eles fazerem isso. Às 3ª e 5ª lá vão eles tomar o seu cafezinho e vêm aí mais emproados que sei lá o quê… e depois começam a fazer pequenas visitas a casa, de fins-de-semana. Dependendo de indivíduo para indivíduo, as primeiras 3 a 4 semanas, as primeiras 4 vezes que ele vai a casa, ele vai sempre acompanhado por um elemento mais velho. E pronto, experiencia, está com a família, e por aí fora… e depois vai, gradualmente, autonomizando. Por exemplo, nós temos aqui uma situação que também é muito interessante, porque cada vez mais temos indivíduos com uma escolaridade muito baixa e esta questão dos RVCC, das Novas Oportunidades deu-nos opções interessantes que é – os indivíduos que já estão na 3ª fase (que é a última fase do internamento), temos aqui indivíduos a fazer o RVCC. Eles vão sozinhos, vêm sozinhos, vão às aulas, vêm das aulas e aí já estão a ter treinos sociais… Porque há 2 coisas que eles treinam desde que chegam cá – uma é a prevenção da recaída (isso é importante) e nós aqui tendemos, através de sessões psico-pedagógicas o que é de facto isso da recaída, esse fenómeno da recaída. Eles têm sempre esse treino independentemente de serem grandes ou pequenos recaídos, até pode ser um indivíduo pelo primeiro internamento. E em segundo, têm as competências sociais – no fundo são as vivências em grupo, e têm essas formações… Nós temos por causa das mães e

dos bebés, uma formação dada por um entidade externa, de competências parentais que é muito interessante porque as 3 mães que temos cá com os bebés beneficiam mas também os pais que têm filhos em casa (temos um grupinho bastante interessante – que é à 5ª feira à noite – depois têm as técnicas, depois jantam com eles, depois aí pelas paredes estão cheios de cartazes que eles têm que pôr vinhetas, têm que pôr objectivos com os bebés e não sei quê). É muito engraçado isso!

P: Qual é a duração, em média, do tratamento para a toxicodependência nesta instituição?

R: (já falado anterioriormente)

P: Existe um tempo máximo para o tratamento do indivíduo?

R: É segundo a lei, 18 meses… Não podemos pôr mais do que esse tempo… Não, por uma imposição legal… e mesmo que quiséssemos, nós podíamos aceitar que alguém ficasse cá mais tempo que o normal mas seria às despesas da clínica… e ainda há outra questão que a nós nos parece importante que é a questão da institucionalização dos indivíduos! Começam a ficar completamente dependentes da instituição! Por exemplo, acontece muito isso com os esquizofrénicos. Os esquizofrénicos funcionam na perfeição quando estão aqui dentro e por exemplo, quando vão a casa, os níveis de stress a que estão sujeitos, não sabem viver… Mesmo a questão dos 18 meses, como disse há bocado, são casos específicos porque há esse problema da institucionalização deles. A questão do tratamento ser entre 9 e 12 meses é também por isso… Até porque há outro factor também! Se nós dermos, seja a quem for, um X tempo para cumprir uma tarefa (se nos derem a nós os 2, 3 meses para cumprir uma tarefa) temos que ter uma pressão para a cumprir. E essa questão da pressão para o cumprimento de, também é indutora de mudança! Tens X tempo para andar cá, falta-te isto… Há um factor de pressão!...

P: Aquando o internamento, os indivíduos têm acesso ao meio exterior?

R: Sim (já falado anteriormente)

P: Que taxa de ocupação costumam ter na Instituição?

R: A nossa clínica tem capacidade para 55 camas para internados. Tem 38 camas protocoladas. Nós estamos com uma taxa de ocupação na ordem dos 33. Neste momento é o que existe! Porque também é uma altura baixa… estamos na altura de Verão, os candidatos a tratarem-se são menores… Agora isso só vai compor-se, digamos assim, no fim de Setembro, não é?... Depois chega o Natal e também ninguém se quer tratar… é um ciclo!...

P: De que modo é financiado o tratamento?

R: É assim: o IDT comparticipa 80% do tratamento (a 80% do tratamento todo o cidadão tem direito), agora os 20% restantes (que são 315 euros), 180 euros são de taxa familiar e são para a instituição, os 135 restantes são para fundo de maneio deles. Em alguns casos, em indivíduos muito carenciados é a própria Segurança Social que financia parte ou na totalidade os 315 euros. Há indivíduos que não se enquadram nisto e é a própria família que tem de garantir o pagamento destes 315 euros… A Segurança Social pode também só pagar a taxa familiar e não o fundo de maneio… E deixe-me só agora dizer-lhe uma coisa, voltando aqui atrás, um pormenor acerca da saúde muito importante, ou pelo menos nós achamos que é importante. Estas pessoas que vêm imunodeprimidas, temos também pessoas que vêm com enfisema pulmonar (porque ao fumarem a cocaína, fumam em coisas com prata que atinge altas temperaturas e que eles inalam ou fumam ou o que for – provoca danos a nível pulmonar e brônquico), nós aqui não permitimos aos nossos residentes - inicialmente as pessoas aqui dentro podiam fumar até 20 cigarros por dia. Nós mudamos um bocado a nossa política e o fumar era aleatório, nós tomamos uma opção (que gostamos de ter tomado) que também o fumo é um acto social em grupo. Portanto, a casa toda pára para se fumar (aqueles que fumam) e não podem fumar mais do que 15 cigarros por dia. Isto foi assim um bocado complicado… Há uma figura aqui na casa que é o administrador (é um residente), que é o fiel depositário de uma série de coisas – dos documentos, do

tabaco, de uma série de coisas – e é o administrador que dá todos os dias, a cada indivíduo o tabaco correspondente. Se forem 15 cigarros (que é o que acontece na fase inicial), dá-lhe 15 cigarros e ele fuma os 15 cigarros. De quando em quando, à laia de brincadeira, mesmo à laia de brincadeira, e tendemos que as coisas sejam democráticas (tudo o que nós aqui decidimos, tendemos a que seja democrático, a participação deles nas decisões (claro que há decisões que eu tomo que não tenho que pedir satisfações aos residentes) na questão do tabaco por exemplo), de vez em quando reunimos o grupo e eles sabem que nós vamos fazer redução tabágica: "Vá lá quanto é que queres reduzir desta vez?" "Quero reduzir 1 cigarro" e pronto "É o teu compromisso! Reduzes um cigarro!". E com isso temos conseguido, de uma forma… a brincar, sempre sérios também, reduzir. Temos indivíduos a fumarem 5 cigarros, 9 cigarros. A pergunta que habitualmente nos fazem é "Se os indivíduos quando saem daqui não vão retomar os seus hábitos tabágicos?". É provável! Mas, lá está, no período (que seja 1 ano) que eles estejam aqui, seguramente, a saúde deles fica melhor! E é uma coisa que nos agrada muito ter! Da mesma forma que temos a possibilidade, para quem quer, fazer com o apoio do champix (no caso o que temos aqui foi um laboratório que nos ofereceu) deixar de fumar. E temos indivíduos que não fumam, que já não fumam, mesmo. E é interessante, isso… A perspectiva de ganhos de saúde… Eu por causa de uma mãe que temos aqui com o bebé, tive uma reunião com uma técnica do CPCJ porque a mulher não tem dentes! E eu estava a dizer à técnica que era importante esta mulher ter dentes porque esta mulher vai (quando for lá para fora) à procura de emprego, os seus níveis de confiança são melhores, a auto-estima dela melhora, e fica mais apelativa ao empregador para a escolha, mas não só! A técnica depois punha questões sobre o preço das próteses e por aí fora e eu dizia-lhe "mesmo que as próteses sejam caras, que o são, o que é que sai mais barato – pôr as próteses ou esta mulher – se ela não mastiga, é candidata a ter úlceras de estômago, e por aí fora… então a médio/ longo prazo, esta mulher vai sair muito mais cara ao público do que se lhe dermos as próteses!" E é estes ganhos na saúde que nós aqui vemos. Tem que haver ganhos na saúde! Nós aqui tendemos a ser cuidadosos com a saúde dos indivíduos.

P: Condições físicas do internamento na Instituição:

R: Profissionais de Saúde:

- Psicólogos
- Assistentes Sociais
- Médicos
- Auxiliares de Acção Médica
- Não temos cozinheiros… Nós gostamos, também foi uma aposta que fizemos, que foi: Nós tínhamos aqui, ainda está cá - a Dona X, que está cá desde o inicio a trabalhar, que tinha funções de cozinhar, que é uma pessoa muito eficaz, muito assertiva; e nós pusemos a responsabilidade da cozinha aos residentes. E então aconteceu também um fenómeno muito engraçado! Foi que a qualidade das refeições melhorou. Eles começaram a ser os responsáveis da cozinha… e saber se há vivaros se não há vivaros, se há isto, se há aquilo… e são tudo treinos que as pessoas têm para adquirir competências. De maneira que não temos, neste momento, cozinheiro propriamente. Temos os residentes que fazem essa função, com supervisão da Dona X, com supervisão. Aliás, a nossa visão de equipa é deixar os residentes serem os principais actores e nós sermos só supervisores de que isto possa acontecer, que o processo possa acontecer. Eles cozinham, eles limpam, eles têm lavandaria e nós temos a terapia e supervisionamos para que o processo se desenvolva. E isto dá um "empowerment" muito grande às pessoas, e não se esqueça que há muitas pessoas que estão cá que já estão afastadas do mundo laboral há milénios. E estas questões do ter objectivos a cumprir diariamente é muito benéfico para eles. Pessoas que, até é engraçado, tinham uma resistência muito grande de ir para a cozinha agora estão a pensar tirar um curso de formação profissional na área da hotelaria. É engraçado! Portanto, a nossa equipa é um bocado esta! Nós tendemos a que a equipa permanente não seja uma equipa grande porque entendemos que isso é perfeitamente "demodé", é uma coisa que não nos parece muito, muito útil, a todos os níveis – desde o nível financeiro que é importante ter em conta, ao nível de gestão de equipas grandes que também dá outro tipo de problema. Nós temos um núcleo que entendemos que é suficiente e depois podemos ter indivíduos que vêm executar um determinado tipo de actividades tipo semanais (no caso das formações de 5ª feira à noite, no caso das pessoas que trabalham na área da expressão corporal)… porque se formos a isso – ter um terapeuta familiar, ter não sei quê… é insuportável! É insuportável! E depois a gestão de uma própria equipa grande

que tem os conflitos inerentes a, e por aí fora… De maneira que preferimos ser um grupo pequeno e depois contratar outro tipos de serviço…

Número de Quartos: 10 quartos. Os quartos das mulheres são maiores porque têm de ter os berços. Os quartos dos homens, neste momento temos 4 camas em cada um mas poderíamos ter mais, mas optamos por ter só 4 camas. Não temos beliches na casa.

Separação homens/ mulheres: os quartos não são mistos, há sempre separação de homens e mulheres.

Objectos pessoais não permitidos no quarto: telemóvel, MP3, rádios, (os isqueiros é uma pertença deles por isso podem levar mas o tabaco no fim do dia eles já não têm porque já fumaram tudo), perfumes (por causa dos alcoólicos). No fundo eles não podem ter objectos que periguem o seu tratamento. A questão dos perfumes é uma delas, que pode perigar o tratamento.

Refeições: Pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia.

Lazer:

-Matrecos,

- Internet (eles só têm acesso à Internet, por exemplo, aqueles que estão a estudar, que têm de fazer trabalhos e isso, mas só para esse fim. Porque a Internet também, é engraçado, tivemos cá uma enfermeira internada cá que foi suspensa do trabalho por uso abusivo da petidina e então tinha de contactar o advogado e aproveitava para mandar uns e-mails a pessoas que não devia. O uso da internet para casos específicos nós deixamos – escolar -, para uso recreativo, está fora de questão!)

- O telemóvel é entregue quando entram para a casa e só usam o telemóvel quando acabam o tratamento. Se querem contactar a família têm os contactos fixos e também podem contactar quando a família lhes telefona.

- Piscina,

- Jardim,

- Jogos de futebol e outros jogos,

-Televisão.

A nível de instalações nós também estamos em fase terminal do nosso Centro de Formação Profissional, que é dentro das instalações, o que vai permitira a médio/ longo prazo fazer acções de formação mesmo dentro da Instituição. Haver uma

empresa de inserção aqui dentro na área da Agricultura. Isso é um projecto mas a clínica também tem terreno. Mas isso é preciso criar essa empresa de inserção, depois ter trabalhadores rurais que estejam habituados a trabalhar no campo, e depois indivíduos que já estejam numa fase mais viradas para a reinserção para poder ajudar a isso e então, criam-se dinâmicas muito engraçadas e benéficas para todos.

P: A instituição faz um acompanhamento pós-internamento ao indivíduo com consultas programadas durante um determinado período de tempo?

R: Eu devo novamente retornar à questão legal! As pessoas que vêm para aqui (que é a maioria, neste momento é a totalidade) que beneficiam das camas protocoladas, esses doentes são doentes dos CRIs, não são nossos! Eles vêm aqui fazer um tratamento! O tratamento deles é pago só única e exclusivamente a fase que eles estão aqui a fazer tratamento! Esse acompanhamento que me pergunta não tem acompanhamento legal, portanto não podemos dar aquilo que não nos pagam! Não nos pagam para fazer isso por isso só se nós fossemos altruístas neuróticos! Gostávamos muito de poder dar muito mais às outras coisas da mesma forma que gostaríamos de poder ter um ambulatório, mas a lei não permite… Não permite para convencionados! Pode permitir para privados. Mas isso não quer dizer que, se um ex-residente nosso quiser vir falar connosco que não venha. Não há é a obrigatoriedade de! Às vezes há uns que vêm de longe… há um que vem de X que gosta de ter ligações connosco que às vezes pede e fica cá o fim-de-semana connosco, com o grupo. Mas isso porque nós deixamos que ele faça isso, por exemplo. Sim, eles mantêm contactos regulares connosco!

P: Qual a taxa de reinternamento nesta mesma instituição?

R: Neste momento, por exemplo, não temos nenhum. Acontecem, também, essas situações de indivíduos que passaram por cá, e não correu bem o seu processo e voltam. Há muito tempo que não temos isso! Há muito tempo que não temos esses casos de reincidências de ex-residentes.

P: Qual a taxa de sucesso da instituição?

R: Eu acho que isso é perfeitamente demagógico estarmos a falar nisso! Eu podia-lhe dar números e estava-lhe a mentir. Não temos isso! E não temos isso porquê?... Porque entendemos que isso é uma pergunta que requer uma resposta bastante séria! E para haver seriedade na resposta tem que haver estudos. E a maior parte das casas que falam em sucessos baseadas em suposições, não têm rigor. E então, neste momento, nós temos outro tipo de prioridades na Instituição, do que propriamente ter um estudo (que para já requer um estudo de pelo menos 5 anos de acompanhamento, e 5 anos depois, depois das pessoas saírem daqui, como é que vamos acompanhá-las depois? Quer dizer é um estudo que requer alguma complexidade, alguma seriedade). E eu, de grosso modo, lançar-lhe um número, quer dizer, era um bocadinho abusivo da minha parte. Acho que temos um nível que nos satisfaz, de sucessos, mas também temos montes de insucessos! Agora qual é que pende para um lado ou para o outro, não faço ideia… Há questões que são muito interessantes, agora aqui ia meter montes de variáveis. Há indivíduos que estiveram cá muito pouco tempo connosco, por exemplo estiveram cá 3 meses connosco, e abandonaram o tratamento e estão bem! Foi aquele momento que eles precisaram! Em termos de objectivos de tratamento, eles não os cumpriram! Mas, mantêm-se abstinentes! Porque nós ensinamos desde o 1º dia que nós não diferenciamos o tipo de substâncias. Para nós, a heroína é igual ao álcool – se bebeu caiu. De maneira que temos muitas pessoas, de facto, abstinentes, a viver uma vida bonita e boa pelo país todo. Portanto, falar-lhe de taxas, eu acho um bocadinho leviano às vezes… Mas isto é a minha opinião, tão pouco me importa se é a opinião dos outros meus colegas… É abusivo falar de… há pessoas que falam em 60% mas com que critérios, com que bases em que dizem isso? E depois a gente começa a esmiuçar e há falsidade nos números que apresentam… de maneira que… é uma coisa que está em arquivo… um dia que a nossa instituição tenha alguém que queira fazer isso… Porque isso é muito caro! Isso fazer um estudo desse é caro. Talvez um dia a gente contrate aí uma empresa independente para fazer isso… porque não são estudos fáceis!.. Não sei se alguém já lhe deu números…

Eu tenho algum conhecimento, por razões várias, da realidade americana e esses conseguem fazer com rigor esses estudos. Nós estamos a anos-luz deles! Por exemplo, lá temos os critérios de eleição do indivíduo para o nível de tratamento mais apropriado ao seu caso. Nós aqui não estamos a fazer isso em Portugal! Um país que

vive em crise, um país que é pobre, um país que tem poucos recursos, quanto é que sai ao Estado ter aqui um individuo 1 ano em tratamento? É muito caro! E então, o que é que acontece? Acontece que há a opção generalizada da redução de danos com a obsessão da metadona. E eu deixo aqui muito claro (esta é a minha opinião), eu não sou contra nada, eu tendo a não ser contra nada, mas acho que é um exercício de mediocridade dizer que temos de excluir a metadona. Não! Não devemos excluir a metadona! Devemos é ter critérios de eleição! Há indivíduos que podem ser elegíveis para um ambulatório, de alta densidade, baixa densidade… Há indivíduos que são elegíveis para Comunidade Terapêutica… O que falha aqui, nisto tudo, é a pouca possibilidade que se tem hoje em dia (porque se está com uma visão afunilada) de não ter critérios, porque há indivíduos aqui que têm critérios para fazer isto em ambulatório. E aí há estudos! Não são nossos, muito menos meus, mas há estudos que indicam que o nível de sucesso não é relevante entre um ambulatório e um internamento. Agora nós estamos a insistir sempre, sempre, sempre, sempre, nos internamentos. Há indivíduos que conseguiam fazer isto em ambulatório e teriam sucesso à mesma e era muito mais barato!... Os ambulatórios como existem lá, cá não há! Os de alta densidade, baixa densidade, programas pós-laborais de ambulatório… é outra dimensão onde há critérios muito específicos para eleger essas pessoas para esses níveis de tratamento. Tratamento de estadia prolongada, tratamento de estadia de curta duração… Há toda uma panóplia de opções que em Portugal não existem. E é pena! Da mesma forma, nós habitualmente, e há técnicos, que não sabem (e já há estudos muito interessantes sobre isso) o nível de recuperações espontâneas. E nós também, ninguém estuda isso, ninguém vê isso… O nível de recuperações espontâneas se calhar é muito maior do que aquele que nós pensamos… Numa tese de doutoramento americana que eu li eram muito interessantes as conclusões do estudo… Hoje em dia, as famílias já têm danos! Muitos danos! Ou por causa da crise, por aí fora… O acompanhamento familiar, na terapia familiar (claro que o que eu vou dizer é meramente uma abstracção teórica), se nós tratássemos primeiro a família e só depois tratássemos os familiares, os sucessos subiriam exponencialmente! Mas que tipo de acompanhamento se está a fazer a nível de terapia familiar? E depois, aqui há nichos de mercado! Claramente há nichos de mercado que são visíveis, que toda a gente os conhece, que toda a gente sabe quem são, e é complicado! É muito complicado!

Cá na Instituição fazemos o que podemos, fazemos/ tendemos a fazer bem e o melhor. Não somos os melhores do Mundo mas com toda a certeza não seremos os piores! Rigor, profissionalismo, competência – isso é que nos move! Nós não precisamos de competir com ninguém quer dizer, nós somos nós e as outras são as outras… E temos relações óptimas com toda a gente!

Quer ver uma coisa que nós aqui fazemos com a naturalidade: Nós temos aqui uma pessoa, vamos supor que temos aqui uma pessoa que não está a aderir ao nosso processo de tratamento. Nós podemos, por aquilo que conhecemos do caso, e não é o primeiro que fazemos isso nem será o último, encaminhamos para outra Comunidade Terapêutica! Sem problema nenhum! Sem problema nenhum!.. Até porque esta pessoa ou desistiria, ou era desvinculado por nós do nosso programa de tratamento ou outras situações que não me ocorrem… Enquanto já podia estar óptimo!

Já viu? Isto é como se fosse uma ditadura! O Estado tem, na totalidade, o controlo disto tudo! É o pagador, é o avaliador, é tudo! É quase como uma coisa Estalinista! Tipicamente Estalinista! Até tão pouco, eu gostava de saber quais são os critérios que eles usaram para determinar quanto custava uma diária cá dentro! O que custa num Hospital, aqui não é igual! Até porque aqui as convenções não são actualizadas significativamente há não sei quanto tempo! Depois querem o quê? Querem que as pessoas dêem terapias de grupo, que façam isto…. As pessoas aqui na nossa instituição têm aquecimento central! As pessoas aqui na Instituição não comem produtos que os supermercados não querem! Não comem caviar nem lagosta, mas as refeições são boas cá na nossa casa! Têm tudo do bom nesta casa. E é isto que temos! É o país que temos! Era necessário quase um "25 de Abril" (risos) para esta área concreta! É inconstitucional claramente esta questão dos alcoólicos, não é?! Nós temos cá um alcoólico que é um indivíduo que tem défices cognitivos gravíssimos que vai cá ficar 1 ano connosco e o financiamento dos últimos 6 meses de tratamento não é garantido pelo IDT, é garantido pela Segurança Social! Ou porque é um caso de Violência Doméstica ou é uma Menor referenciada… Enfim, e as pessoas quiseram investir neste caso… Caramba! Sabe que um alcoólico não tem direito ao projecto Vida Emprego? Então um tóxico-dependente pode sair daqui e candidatar-se ao Projecto Vida Emprego e um alcoólico não! É grotesco! É grotesco estas coisas! Mas pronto… A gente vai fazendo o que pode e pronto…

ANEXOS

Anexo H: Entrevista com o Responsável Técnico da IPSS 1ª Linha

ENTREVISTA COM UM RESPONSÁVEL TÉCNICO DE UMA IPSS DE 1ª LINHA

P: Quem são na sua maioria os requerentes do internamento?

R: São geralmente as equipas de rua, as nossas equipas de rua, a "Rotas com Vida" e a "Ocidental", ou são encaminhados pelos CAT's, pelos CRI's neste caso.

P: Como chegam os indivíduos à Instituição?

R: Geralmente é com as equipas, alguns, outros vêm… ou porque têm alguém que conhecem que vem cá fazer alimentação,.. acabam por vir e vão ficando… ou porque, os nossos utentes também vão ao "bairro", que neste momento alguns ainda estão a consumir, e vão trazendo… depois acabam por ser encaminhados por aqui… Podem vir de muitas maneiras, mas na maioria vêm encaminhados pelo CAT ou pela Equipa de Redução de Riscos.

P: Existe algum método de selecção para a entrada na Instituição, em Centro de Acolhimento?

R: É assim, os sem-abrigo têm preferência, que estejam sem tecto neste caso, a dormir na rua… depois as prioridades são diferentes não é?... Imagine que estão 2 casos de situação sem tecto, sem-abrigo, que estão a dormir na rua… Geralmente avalia-se por problemas de saúde de um e do outro, o grau de autonomia que cada um deles tem… É feita uma avaliação a cada caso… Cada caso é um caso!...

P: Mas há "preferência", por exemplo, por um doente que já cá tenha estado, uma recaída?...

R: É assim, nenhum deles é preferível. Por exemplo, se nós tivermos um utente que até estava organizado e que teve uma recaída e está na rua, e temos um utente que está na

rua já há muito tempo, e que neste momento está debilitado (porque muitas vezes também são encaminhados pelos Hospitais - S. João e Joaquim Urbano), ou que por exemplo, esteve internado, ou que está, por exemplo, a começar terapêutica retro-viral, e principalmente tuberculostática, tem algum privilégio. Por exemplo, utentes que estejam na rua e que tenham de cumprir medicação anti-bacilar, têm prioridade em relação aos outros, já que é uma medida obrigatória, assistida e de Saúde Pública, tudo isso é tido em conta… Agora, sempre que há uma recaída, se a gente tiver vaga, entra na mesma… Cada caso é um caso!... Depende do utente, dos problemas físicos que tem, da autonomia que tem, do grau de organização e da retaguarda que tem, também, porque alguns (poucos) têm alguma retaguarda, outros não.

P: É realizada algum tipo de consulta com o indivíduo antes da decisão de internamento?

R: Geralmente é sempre feita no acolhimento, que é feita pela Assistente Social ou pela Psicóloga, que tem de ficar como técnica de referência do utente (geralmente a técnica que faz o acolhimento, é a técnica que o vai seguir durante o processo aqui na casa). É sempre feito um acolhimento antes, e é sempre feita uma avaliação médica e de enfermagem aqui da casa.

P: Mas e consultas específicas de Psiquiatria, Psicologia…?

R: Psiquiatria é sempre no CAT, nós não temos psiquiatras… temos médico de Clínica Geral… Psiquiatria é sempre no CAT, Psicologia temos consultas aqui na casa.

P: Os indivíduos internados têm familiares directos a acompanhá-los?

R: Neste momento, um tem, os outros não. Poucos têm familiares directos que acompanham o processo de perto. Há utentes que até têm familiares directos com quem têm algum contacto, mas não é um contacto estreito, portanto… São familiares, que vêm, por exemplo, de 2 em 2 meses e não há uma relação próxima (não há por exemplo uma relação com a equipa técnica, não há um acompanhamento do que se

está a passar). E há aqueles utentes que nem sequer têm contacto com a família e isso é mais um dos trabalhos que se vai fazendo – a reaproximação da família.

P: Qual o diagnóstico/ causa de internamento mais frequente? (A escolher entre 4)

R: Aqui nesta casa, penso que talvez o que menos se aplica, ou que não é tão critério, são os "Problemas legais recorrentes relacionados com a substância", embora acabem por ser seguidos aqui de uma maneira geral… Porque o utente entra e acaba por ser um todo, onde tudo importa, a parte social, a parte emocional… e problemas sociais, grande parte deles tem… mas se calhar á entrada, não é uma causa de internamento!

P: Qual é o caso da maioria dos utentes internados? Primeiro internamento ou recaída?

R: Do Centro de Acolhimento, neste momento, é o primeiro internamento, e em geral é quase sempre o primeiro internamento, embora haja também algumas situações de recaída.

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças psiquiátricas associadas à toxicodependência?

R: Sim, quase todos. Algumas esquizofrenias residuais… Assim que eu esteja a ver, de repente, as esquizofrenias são na maioria (15 neste momento), depois temos algumas debilidades a nível emocional e intelectual… Mas, assim que eu esteja a ver… Também é assim, a questão é o ser, e o ser considerado e o estar diagnosticado… Porque se fosse diagnosticado, se fosse feita uma consulta e fosse feito o diagnóstico e fosse acompanhado, seriam muitas mais. O que acontece a nível da psiquiatria, e mais doença mental, deixando um pouco de lado a toxicodependência, e falando mais de outro tipo de coisas – esquizofrenia e por aí fora – se calhar nem todos estão devidamente identificados, é mais por aí… Depressões há muitas, agora estou a

lembrar-me, há muita gente a fazer anti-depressivos e anti-psicóticos. Assim de uma maneira geral, devem ser as mais comuns.

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças físicas associadas à toxicodependência?

R: Neste momento está muito bom. Só temos um utente a fazer tratamento anti-bacilar, mas a mais comum é, sem dúvida, a hepatite C, seguida do HIV… A hepatite B também tem uma grande predominância, não sei se tanto ou mais do que o HIV, neste momento, mas se não estiverem par a par, está muito perto! Neste momento, a ser acompanhados aqui, com HIV, são aproximadamente 50, que estão a cumprir a medicação mas não estão a cumprir o plano de consultas e alguns a fazer também tratamento para a Hepatite com Interferon que vão fazer ao Joaquim Urbano ou ao S. João que são os Hospitais que mais trabalham connosco. Depois há de tudo um bocadinho: há diabéticos, há hipertensos, há Síndromes de Karposi, há neoplasia da mama, há de tudo, associado ou não, mas que vai aparecendo.

P: Os indivíduos internados são sujeitos a um rastreio completo no intra-internamento imediato?

R: É assim, geralmente quando o utente entra… O que é obrigatório antes de entrarem é o rastreio da tuberculose! Depois disso é pedida uma consulta de psiquiatria no CAT e geralmente eles fazem uma consulta no médico de família onde são pedidas umas análises, um Rx pulmonar e um ecocardiograma (devido à metadona que quase todos estão a fazer).

P: O rastreio é repetido durante o internamento?

R: A gente usa muito os testes à urina, que são feitas de acordo com as directrizes que o psiquiatra nos manda ou quando a equipa de enfermagem acha que alguma coisa não está a correr bem. Acontece que, muitas vezes eles estão a consumir (nós somos uma casa de baixo limiar) e os utentes estão praticamente todos a consumir… Eles entram a

consumir, deixam de consumir, voltam a consumir e voltam a deixar e é o processo que a gente quer que aconteça… e são feitas… são feitos para cocaína, heroína, benzodiazepinas, anfetaminas,… Há utentes que têm um esquema, por exemplo, semanal (nunca é menos de semanal porque há um período em que na urina é detectado se nos últimos 5 dias o utente consumiu ou não consumiu), há utentes que fazem de 15 em 15 dias, há utentes que têm esquema fixo e há utentes que não têm esquema fixo, e que é feito somente quando é solicitado ou quando está por exemplo na entrada do esquema para a redução da metadona e a gente acha que ele está a consumir embora não esteja a verbalizar connosco, e aí e feito o despiste.

P: Os indivíduos internados são tratados farmacologicamente?

R: Sim.

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psicológico?

R: Sim, com os psicólogos da própria instituição.

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psiquiátrico?

R: É assim, todos os utentes que a gente tem estão fidelizados a um CAT, até porque a prescrição da metadona é feita por um psiquiatra. Há sempre acompanhamento aqui e no CAT. No CAT de psiquiatria e aqui por psicólogos e assistentes sociais. É feito um trabalho conjunto entre nós e os diversos CAT's (mais o Ocidental – Matosinhos, Cedofeita, Oriental – Gaia), é um trabalho conjunto!

P: Os indivíduos internados têm terapia de grupo?

R: São acompanhados aqui por psicólogos e fazem aquelas actividades todas, mas a única actividade de grupo que se pode considerar como tal neste momento é o sociodrama com um psicólogo externo que vem fazer todas as semanas. Os que estão

cá internados normalmente aderem. Os de fora, tentou-se uma ou duas vezes, mas são utentes que estão muito desestruturados e que, é mais complicado… Outra actividade de grupo, é que todas as 3ª feiras eles têm sessões de educação para a saúde, quer os de fora, quer os de dentro! Eles normalmente aderem bem! Ao inicio, se calhar, custa um bocadinho a habituá-los, a terem que levar com uma sessão de educação para a saúde todas as semanas, mas divididos em grupos, eles têm aderido bastante bem.

P: Os indivíduos são reavaliados de quanto em quanto tempo?

R: Não há nenhum tempo estipulado. Geralmente o psiquiatra vai marcando as consultas conforme acha necessário, sendo que o utente ou a nossa equipa pode sempre solicitar uma intervenção psiquiátrica sempre que necessário.

P: Qual é a duração, em média, do tratamento para a toxicodependência nesta instituição?

R: É muito difícil responder a essa pergunta… Não há uma duração média! Nós temos utentes que estão em tratamento há 15 anos, temos utentes que entraram no programa da metadona e saíram no prazo de 1 ano e que actualmente conseguem estar estáveis sem a metadona. Há quem consiga cumprir o programa e levar isto, mais ou menos organizado, e há aqueles que vão deixando arrastar, arrastar, arrastar, ou porque estão a consumir ou porque voltaram a consumir. Muitos destes utentes, a grande maioria, não consomem heroína mas continuam com alguns consumos de cocaína e haxixe e acabam por ir arrastando o tratamento. A prescrição de metadona pelo psiquiatra vai-se alongando…

P: Existe um tempo máximo para o tratamento do indivíduo?

R: Não. Não há um tempo estipulado. O único tempo que estará estipulado, seria o Centro de Acolhimento que é um Centro de Acolhimento temporário que devia ter uma duração de 9 meses, aproximadamente, que nem sempre tem. Também é verdade que muitas vezes, o Centro de Acolhimento, para um indivíduo que é tirado da rua, serve

também para ele se organizar, para depois partir para uma estrutura mais organizada - quer seja uma Comunidade, quer seja uma Área de Dia – mas que mantenha pelo menos um quarto nem que ele mantenha um acompanhamento diurno aqui a nível de alimentação, higiene, enfermagem, de consultas, mas onde pernoite noutro sitio. O nosso tempo de internamento aqui seria então uma primeira fase de organização do indivíduo, a parte mais complicada – quando eles saem da rua (que já estão na rua há 3, 4, 5, 6 anos) – voltar a dormir numa cama e a ter algumas regras é complicado! Seria esse o nosso tempo, mas nem sempre…. Regra geral consegue cumprir mas alguns ficam mais tempo. Nós temos alguns utentes, poucos, mas temos neste momento 2 utentes, que já estão há mais de 1 ano.

P: Aquando o internamento, os indivíduos têm acesso ao meio exterior?

R: Sim, têm uma vida livre mas existem regras. Há um período em que a casa em si, a estrutura, está fechada que é das 19h00 às 9h00. Durante esse período, eles não podem sair da casa, nem ninguém pode entrar. Durante esse período, e dentro da casa, há muitas, algumas regras… não tantas como seriam de esperar mas não tão poucas quantas gostariam!... Como por exemplo, o horário de dormida e o horário de silêncio que eles têm de cumprir – à semana das 22h00 às 8h30, aos fins de semana e feriados das 1h00 às 8h30 porque eles podem ficar a ver televisão. Há horários para vir fumar (que eles fumam muito durante a noite), porque eles têm de vir para o espaço exterior. Há horários para todas as refeições, com uma margem de manobra de 15 minutos, mais ou menos. Faz parte das regras também, a higiene diária, têm de tomar banho todos os dias quando vêm para o Centro de Acolhimento, tratar da roupa para o banho, fazer a cama antes de sair, manter o quarto minimamente organizado (não podem deixar as coisas espalhadas). São algumas regras que fazem com que o Centro de Acolhimento funcione, senão torna-se bastante complicado… embora eles estejam o resto do dia livres para fazerem o que quiserem, para sair da casa ou passearem, porque a porta está aberta e eles entram e saem conforme querem. Durante o período da noite, se quiserem sair, não voltam a entrar! E depois há uma série de consequências… faz parte de eles crescerem, de assumirem algumas responsabilidades!... É raro acontecer, mas já aconteceu, serem apanhados a consumir cá dentro, serem apanhados com material de

consumo,… e essas pequenas regras acabam por fazer parte da reestruturação deles. Se eles sabem que fizeram mal têm de ter alguma consequência e saber lidar com essa consequência, porque a vida deles daqui para a frente vai ser isso!

P: Que taxa de ocupação costumam ter na Instituição?

R: 100% e com lista de espera.

P: Condições físicas do internamento na Instituição:

R: **Profissionais de Saúde:**
- 2 seguranças,
- 3 empregadas de limpeza,
- 2 Psicólogos,
- 2 Assistentes Sociais,
- 2 Enfermeiros,
- 1 Médico de Clínica Geral,
- 6 Monitores Psicossociais.

Número de Quartos: 7 quartos subdivididos em 1, 2, 3 e 4 camas.

Separação homens/ mulheres: os quartos não são mistos, há sempre separação de homens e mulheres.

Objectos pessoais não permitidos no quarto: tabaco, isqueiro, navalhas, tudo o que seja material cortante/ perfurante, armas… Os telemóveis são permitidos.

Refeições: Pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia.

P: Qual a lotação da casa?

R: Ao nível do Centro de Acolhimento temos 17 pessoas internadas e a nível ambulatório, sensivelmente 200.

P: A instituição faz um acompanhamento pós-internamento ao indivíduo com consultas programadas durante um determinado período de tempo?

R: Depende. Ao fim e ao cabo nós somos a estrutura que apanha a primeira linha. Depois de saírem daqui o percurso deles pode ser bastante diferente – há utentes que vão para CAT's e continuam a ser seguidos por exemplo, no nosso Gabinete de Apoio e continuam a ser seguidos pelo corpo de enfermagem e pelo resto da equipa, há outros utentes que dormem fora mas fazem tudo na casa como os outros (só não dormem cá dentro, vão dormir ao quarto, mas de resto fazem tudo), há utentes que quando saem daqui vão para Comunidades Terapêuticas (é um regime fechado, pelo que a transferência é completa, o processo sai daqui), há utentes que vão para um quarto e acabam por integrar ou um Curso de Formação ou outro e acabam por perder um bocadinho o contacto à Casa, há utentes que vão para casa da família (não me estou a recordar de nenhum… nenhum mesmo), e basicamente são estes 4. Depende do utente, depende da estruturação que ele tem. Por exemplo, um utente que sai mais estruturado e que consiga ou ir trabalhar ou ir para um Curso de Formação, que possa fazer as tomas terapêuticas fora daqui, que não seja um doente que tenha de fazer medicação diária assistida, acaba por desligar um bocadinho mais do ambiente diurno da casa e às vezes é bom porque o ambiente da casa é pesado, a casa está aberta, eles entram e saem quando querem, vão ao bairro e vêm, vão lá fora e vão fumar haxixe e voltam para dentro. Para os utentes que estão mais organizados, para aqueles que estão a fazer um esforço para se manterem limpos é complicado! Algumas vezes dizem que é a prova mais difícil – verem os outros a irem consumir e não irem… Depois depende do utente. Se for um utente que se consegue abstrair um pouco mais disso e até consegue tomar outro rumo (trabalho, curso de formação ou quarto) acaba por estar mais desligado.

P: Qual a taxa de reinternamento nesta mesma instituição?

R: As recaídas estão no Gabinete de Apoio (com alimentação, cuidados de higiene, enfermagem e assistência social, psicólogos..). Não lhe sei dizer em números, a taxa de

recaída. São alguns casos. Nesta primeira fase há sempre bastantes recaídas até porque o objectivo deste núcleo é deixar de consumir. Ora vem e deixa de consumir, ora volta para a semana a consumir,… Mas eu considero este tipo de recaídas diferentes daqueles indivíduos que estão 2 anos sem consumir e depois volta a recair. Este tipo de caso acontece, e acontece aqui, mas não tanto! Acontece mais nesta primeira tentativa de deixar e acontecem estas pequenas recaídas, em que o espaço de abstinência, geralmente é curto.

P: Qual a taxa de sucesso da instituição?

R: Depende do que considerarmos como sucesso! Se considerarmos sucesso, o utente por exemplo, em matéria de saúde pública, o utente deixar de estar na rua, ser devidamente acompanhado em termos de saúde, as necessidades humanas básicas serem satisfeitas, se considerarmos isso uma taxa de sucesso diria 100% de sucesso! Se considerarmos taxa de sucesso, o deixar de consumir, o passar para uma estrutura mais organizada, o se considerar um sucesso sair daqui completamente limpo, que não é o nosso objectivo porque nós não somos uma equipa de tratamento… O nosso objectivo, enquanto estrutura de redução de riscos, não é o tratamento, não é saírem daqui prontos para ir para o mercado de trabalho, pronto para serem autónomos, para isso existem as equipas de tratamento. A nossa função, a bem dizer, é o imediato! E nisso, acho que somos muito bem sucedidos!... Nós combatemos! O utente sai da rua, está rastreado, está a cumprir a medicação, estão limpos, têm alimentação… A prevenção de riscos é esta, é estar a reduzir os riscos para eles e para a população em geral. Por exemplo o programa de troca de seringas, está a funcionar em pleno, está a funcionar bastante bem… Tudo isso é um sucesso! Penso que é o nosso trabalho. Depois o tratamento… isso já não é nossa função… Há utentes que saem daqui prontos para trabalhar, mas esse não é o nosso objectivo primário como equipa de redução de riscos.

ANEXOS

Anexo I: Entrevista com o Responsável Técnico da IPSS 2ª Linha

ENTREVISTA COM UM RESPONSÁVEL TÉCNICO DE UMA IPSS – COMUNIDADE TERAPÊUTICA

P: Quem são na sua maioria os requerentes do internamento?

R: Portanto, temos os alcoólicos que vêm da Unidade de Alcoologia e temos os toxicodependentes que vêm dos CRIs.

P: Como chegam os indivíduos à Instituição?

R: São trazidos por técnicos ou por familiares. Portanto, quem está sozinho no mundo vem com o técnico, quem tem família, ainda vem com o familiar.

P: Existe algum método de selecção para a entrada na Instituição, em Centro de Acolhimento?

R: Existe um método de selecção. Só temos homens (a casa não é mista) e maiores de idade (a casa também não dá para menores de idade). É a selecção que se faz!

P: É realizada algum tipo de consulta com o indivíduo antes da decisão de internamento?

R: Eles têm que já chegar aqui, quando vêm aqui para avaliação, o CAT já trabalhou este indivíduo, não é? Portanto, temos a parte toda do físico, vou dizer assim, trabalhada! Temos todas as análises realizadas, portanto, tudo isso está feito! Olha, não pode entrar aqui uma pessoa com tuberculose activa, como tal… O HIV tudo bem, que está dentro do organismo, primeiro que passe… esse não é o filme da casa!.. Tuberculoses, hepatites e coisas assim desse género, activo Não! Não pode entrar! Tem que esperar que fique bem para poder entrar! Claro que também não entra com

uma psicose que não esteja controlada, não entra para aqui um individuo a alucinar, obviamente! Pronto, tem que vir medicado também.
Já chegam a uma avaliação (avaliação, não é admissão), a uma avaliação nestas condições. Ainda estão a ter consumos, ainda não fizeram a desabituação! Portanto, às vezes também é difícil a primeira avaliação porque ainda temos as pessoas de cabeça cheia (se me permites dizer dessa maneira), assim a comunicação fica complicada. Mas para superar essa dificuldade, o acolhimento, o acolhimento não, mas o primeiro momento, depois de falarem connosco, também falam com quem está na casa que lhes mostra o recinto (os mais velhos da casa), mostram, explicam algumas coisas que acontecem, desfazem dúvidas (porque a nós não nos perguntam tanto como a eles). Eles comunicam melhor com malta de cabeça cheia porque sabem melhor o que isso é do que nós técnicos. Portanto existe esse sítio, esse encontro, que muitas vezes é o que faz com que possibilite a entrada mesmo, sim? Portanto, a pessoa vai tomar a decisão obviamente, para ver se está neste momento com motivação suficiente para entrar numa casa, e depois, se resolver entrar, dá-se a admissão!

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria familiares directos a acompanhá-los?

R: Têm.

P: Qual o diagnóstico/ causa de internamento mais frequente? (A escolher entre 4)

R: Um bocado de tudo…

P: Qual é o caso da maioria dos utentes internados? Primeiro internamento ou recaída?

R: Há de tudo, também. Se eu te dissesse em números, tinha que ver o que é que há mais! Deve haver alguma diferençazinha… mas temos sempre no grupo exemplos de

tudo! Tinha que ver os dados mesmo amiúde para te dizer uma resposta, mas se existir é uma diferença mínima.

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças psiquiátricas associadas à toxicodependência?

R: Não é na maioria! Em 18 (estas estatística são um bocado assustadoras) temos 3, num grupo de 11 temos 1, por exemplo. Existe sempre… Foram psicoses tóxicas que não eram tóxicas, que se desenvolveram em esquizofrenia.

P: Os indivíduos internados têm na sua maioria doenças físicas associadas à toxicodependência?

R: Existe mais do que psiquiátricas. Esquizofrenias existem muito, mas hepatites existem sempre!

P: Os indivíduos internados são sujeitos a um rastreio completo no intra-internamento imediato?

R: Antes de entrarem fazem tudo. Cá dentro temos um médico de clínica geral e uma psiquiatra. Temos o Centro de Saúde daqui que a gente inscreve sempre aqui, fazemos a transferência, não é?... O nosso médico faz sempre uma consulta ao novo, à nova pessoa, vê as necessidades, vê os exames, vê o que é suposto fazer de novo, e depois logo vê se é preciso repetir… pronto… Não há nada protocolado! Ele avalia e vê o que é que é preciso.

P: O rastreio é repetido durante o internamento?

R: As EMITs é uma coisa que faz parte de uma Comunidade Terapêutica porque há um momento do tratamento em que eles começam a sair. Desde o momento que eles começam a sair, nós temos que realizar EMITs e o alcoolímetro… É um bocado aleatório. Eles sabem que pode acontecer aleatoriamente, e não protocolado.

P: Os indivíduos internados são tratados farmacologicamente?

R: Sim, sempre.

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psicológico?

R: Têm todos.

P: Os indivíduos internados têm aconselhamento e acompanhamento psiquiátrico?

R: Sim.

P: Os indivíduos internados têm terapia de grupo?

R: Eu faço dinâmica de grupo. O aconselhamento individual eu escolho mais para situações de SOS, ou quando tenho ali alguma coisa a trabalhar… SOS, mas o trabalho é dinâmica porque é uma Comunidade Terapêutica, portanto é para trabalho em grupo.

P: Os indivíduos são reavaliados de quanto em quanto tempo?

R: Há uma altura específica, tem mesmo a ver com a forma do tratamento que tem 4 momentos-chave de passagem ou não de fase num momento em que eles são avaliados. Psicologicamente é o mais forte, para ver se conseguiram adquirir o que era daquela fase para poderem então passar para a outra. Na 3ª fase eles vão começar a sair e começam a aparecer os custos, e portanto até é a fase da minha colega – mais serviço social – formações, escola, trabalho e nessa altura eles têm mesmo que estar com outro nível. Há momentos mesmo marcados, são fixos e, faz parte do tratamento.

P: Qual é a duração, em média, do tratamento para a toxicodependência nesta instituição?

R: Para a toxicodependência, no máximo, vai até 18 meses e isso já é esticando! A partir de 1 ano podem sair com alta clínica programada. Em casos de pessoas que não têm casa, que não têm nada, a gente precisa sempre de mais tempo para a pessoa sair daqui minimamente arranjada. E essas pessoas estendemos normalmente até aos 18 meses, para quê? Para que com estes 300 eurinhos conseguirem comprar electrodomésticos, e por aí fora. Para saírem e terem um sitio para ir viver.

P: Aquando o internamento, os indivíduos têm acesso ao meio exterior?

R: Eles têm sempre acesso ao meio exterior só que nas primeiras 2 fases, só acedem ao exterior em grupo, ou sempre com um mais velho. Imagina, têm que ir ao tribunal, têm que ir! Ou vão com um monitor, ou vão com um mais velho. Nessas ocasiões normalmente vão com um monitor ou connosco a um tribunal. Mas por exemplo, ir ao dentista vão com um monitor ou com um mais velho. Mas eles saem! Saem acompanhados! A partir da 3ª fase é que não. Aí já podem sair eles, tratar das coisas sozinhos.

P: Que taxa de ocupação costumam ter na Instituição?

R: Olá, é variável… Do tempo que eu estive aqui, já estive aqui com a casa cheia a rebentar pelas costuras. Neste momento, por exemplo, está a meio gás, mas já tenho muitas entradas marcadas em Agosto, que nem é um mês habitual… Não te consigo definir um padrão.

P: Condições físicas do internamento na Instituição:

R: **Profissionais de Saúde:**

- médico de clínica geral
- psiquiatra
- não temos ninguém da área de enfermagem, temos que recorrer ao Centro de Saúde que é aqui atrás de nós e conseguimos dar conta do recado. Às vezes tínhamos

necessidade de ter um enfermeiro aqui, obviamente, então para dar as metadonas por exemplo…Temos pessoas que sabem dar, obviamente, porque trabalharam sempre na área, mas gostava de ter um enfermeiro obviamente. É o que falta!
- psicólogos
- técnicos psicossociais
- técnica de serviço social

Número de Quartos: 4. Alguns maiores e outros mais pequenos com 20 camas no total.

Separação homens/ mulheres: não aplicável
Objectos pessoais não permitidos no quarto: agora com os alcoólicos – os perfumes, e objectos cortantes. Têm corta-unhas obviamente mas objectos um bocadinho maiores não. Tabaco e isqueiro são permitidos. Telemóvel não.

Refeições: pequeno-almoço, ceia da manhã, almoço, lanche, jantar, ceia.

Lazer: Faz parte do desporto, concretamente, temos a piscina, temos o futebol, depois eles fazem aqui umas coisas (nem conta muito, mas têm) – umas ginásticas, umas coisas por aí. De lazer, eles têm saídas mais culturais que são eles que planeiam os tais lazeres. Às vezes vão às Fnacs ouvir música, comprar livros, quando começam,… Consoante a altura do mês e o dinheiro que têm, eles logo vêem. No tempo bom eles querem ir para a praia, normalmente planeiam as idas a praia. No tempo mau, o cinema é todas as primeiras segundas-feiras de cada mês, sempre que há um teatro que nós conseguimos bilhetes, essas coisas todas, claro que querem ir! E às vezes são eles que decidem.. Vamos lá ver aqui uma coisa: esta malta muito, muito degradada (porque temos pessoas que entram, que é 1º internamento e que não têm degradação nenhuma), deixam de consumir e ao fim de 2 meses, temos aqui uma pessoa super activa que vai começar a pensar e a querer fazer coisas, obviamente. Temos o atelier de pintura, temos o atelier de artes plásticas, a horta com a LIPOR – coisas biológicas em que os vegetais são dali todos, não se compra vegetais.

Nós vamos fazer também de ervas aromáticas… Temos assim algumas coisas que têm a ver com o conceito que trazes para a entrevista, para a necessidade de fazer isso. Portanto, se há 10 anos atrás tínhamos uma horta para uma promover a aquisição de saberes, o objectivo fazia-se dessa maneira, hoje em dia o objectivo tem a ver com a própria manutenção da casa. É a mudança de foco!
Internet têm acesso controlado na última fase do tratamento, porque tem a ver com os cursos que estão a fazer e por necessidades, por exemplo, de planeamento de lazeres. É um sítio para ir ver o que é que se passa, não é um lazer, tem um carácter diferente.

P: A instituição faz um acompanhamento pós-internamento ao indivíduo com consultas programadas durante um determinado período de tempo?

R: Os Follow-up… Queremos saber o que se passa com o indivíduo, obviamente, nem que seja porque o IDT também nos obriga (isto é chunga estar a dizer mas uma pessoa também vai incutindo as coisas que nos pedem). Eles ligam e aparecem, sempre!.. Eles normalmente aparecem ou telefonam, a gente sabe sempre o que se passa com eles. E quando não sabemos, ao fim de um tempo começamos a estranhar (damos assim um tempinho), é porque houve ali uma possível recaída ou qualquer coisa, então vamos lá ver o que é que se passa… É muito fácil. E é muito fácil porquê? Porque se são os CATs que nos enviam, é sempre a colega que telefona a mandar um novo utente e a gente pergunta " E o não sei quantos, sabes dele?", é que vem na conversa, não tem esforço nenhum, vem na conversa! E ela lá nos diz "Olha não sei!" ou "Anda à procura de outra comunidade" ou " Está porreiro, está bom e ele até me disse que não tem ido aí porque não tem tempo" e dão-nos as noticias, vamos sabendo assim!
Não marcamos consultas programadas porque ele é enviado para o CAT de origem, mas contudo, isso existe de outra forma. Nós temos muitas famílias que acompanham os utentes e, depois de os filhos saírem, continuam a ir às reuniões de família. Não são eles, são os familiares. Os familiares não largam as reuniões de família! (Fazem-se 2 vezes por mês as reuniões) Temos utentes que só saíram com altas, um deles até foi recaída, e os familiares continuam a ir! Às vezes a gente tem que dizer "Qualquer dia não temos aqui muito espaço", mas há sempre. Eles não pagam nada, claro, é um serviço!.. Os utentes que saem, nós neste momento já temos 2 utentes que já tiveram

alta há bastante tempo e 1 vem sempre à 6º feira (eu estou sempre à espera que ele venha à 3ª feira porque vem para a minha dinâmica, vem para estar na minha dinâmica, às vezes tenho que o mandar calar), está sempre colado à minha dinâmica, está combinado de alguma forma. Eu sei que quando ele desaparecer da minha dinâmica à 3ª feira demanhã, é porque aconteceu qualquer coisa e é óbvio que eu vou telefonar. Tenho outra pessoa que vem todos os dias à tarde porque não tem nada para fazer. Está combinado – ele sabe que pode vir à casa todos os dias, ao fim de semana então está demanhã à noite aqui. Não tem outra coisa e sente-se bem aqui, então a gente combinou isto com ele! E tu perguntas " Então e estas 2 pessoas se recaem?". Geralmente quando um tratamento corre muito bem, eles quando recaem, por respeito, deixam de aparecer. Eles não vêm consumidos para aqui. Quando isto corre muito bem não é? Não é um que abandona ao fim de 3 dias e depois aparece aí de cabeça cheia, obviamente. Eu estou a falar de uma alta clínica, de alguém com quem estabelecemos mesmo relações, eles não aparecem por respeito e a gente vai telefonar para saber. Não comem cá porque não temos condições para isso.

P: Qual a taxa de reinternamento nesta mesma instituição?

R: Está a mudar, isto está a mudar, mesmo! Antes do tratamento dos alcoólicos ser 3 meses, possivelmente esticar-se até aos 6, portanto, antes de isso existir e toda a gente entrava da mesma forma, a repetição do mesmo utente era uma coisa um bocado mais rara, nós fazíamos mais barreira a isso acontecer porque era muito tempo. Imagina, alguém estava aqui 6 meses, ainda podia estar mais outros 6, e depois queria entrar outra vez, ainda estava aqui o grupo todo da altura em que desistiu e que fez 30 por uma linha aqui dentro – não fazia sentido em termos terapêuticos. Hoje em dia não é assim porquê? Os tratamentos de 3 meses são tratamentos muito rápidos, a pessoa nem tem grande tempo para estrilhar (se me permites dizer assim), está aqui a sacar o mais que pode porque a própria pessoa sabe que não tem muito tempo – ou não aprende nada de jeito (pode correr assim dessa maneira) e está a descansar o corpo e também não vai estrilhar muito porque está muito debilitada ou então está aqui mesmo a tentar aproveitar. E sabemos que dentro de 6 meses, essa pessoa pode outra vez integrar outro tratamento se assim se justifica. E como ele esteve cá tão pouco tempo e a gente sabe

tão bem o que gostaria de fazer a seguir com esta pessoa, a entrada é mais fácil, ao fim de cumprir o tempo do IDT (que são 6 meses). Se antes nós púnhamos a coisa "Calma! Esse indivíduo saiu daqui porque partiu um armário e foi-se embora!" ou "Saiu mas roubou não sei o quê!", era a história do passado, hoje em dia não é tanto assim. Cada vez é mais fácil a repetição de utentes, porque eles não ficam tanto tempo… Isto dos alcoólicos é complicado porque fica muito por fazer porque é muito pouco tempo, mas dá uma pressa que eu já vi que em alguns momentos não é má! Vamos diminuir a taxa de sucesso mas vamos aumentar a qualidade do sucesso, se calhar! Pá, não sei.. se calhar estou a arriscar-me a dizer uma coisa que não tem sentido nenhum… Eu não gostei disto mas também é um bocado vicio do técnico de oferecer resistência à mudança… e agora que eu estou a ver, não sei se é assim tão mau… Só daqui a uns tempos é que se calhar uma pessoa pode mesmo avaliar…

P: Qual a taxa de sucesso da instituição?

R: Depende do que a gente considera sucesso, não é? O sucesso para toda a gente são as altas e o individuo manter-se abstinente. Sucesso, sucesso, para a casa são altas clínicas programadas. Portanto, está a mudar outra vez. Quando era só toxicodependência naquele coiso antigo dos 18 meses, tínhamos poucas altas num ano. Era preciso esperar aquele tempo todo para as pessoas terem altas, não é? Portanto tínhamos uma taxa de 5 altas, uma coisa assim, de 5 a 6 altas. Era… não andava muito… era muito tempo. Está a mudar com os alcoólicos! Em 3 meses eles fazem o tratamento até ao fim. Claro que a nossa taxa nesse coiso vai aumentar brutalmente e não tem a ver exactamente com a qualidade de trabalho, tem a ver com o tempo.
Onde é que eu aqui, Sónia, vejo a qualidade e vejo "Ok, estivemos bem aqui"? Vejo normalmente quando o individuo sai daqui, continua a fazer coisas e até pode vir / fazer um telefonema e dizer "Na 6ª feira passada consumi! Consumi 6ª e Sábado! No Domingo, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª pedi ajuda a ligar para aí mas não consegui mais!" – isto é um lapso. Para mim isto já é um sucesso! É um sucesso até brutal se queres que te diga! Não perdeu nada do que conquistou! Continua na formação, continua na família sem filmes, tudo porreirinho, ele teve um lapso! Teve um craving brutal! Consome e consegue passado 2 dias parar o consumo. Isto é a verdadeira luta da adição! Isto para

mim (eu sei que isto não vem nas tabelas) mas para mim são os casos de sucesso. E aí são muitos! Isso assim é muita porreiro! Porque depois pode haver um tempo em que a pessoa cai em processo de recaída mais longa, isso sim é uma recaída. Mas sabe que tem força… é diferente! Quando eles mudam o que acham de si enquanto tóxico, para mim é caso de sucesso. Quando começam a ver "eu não sou toxicodependente (não é desta maneira assim mas) mas sou um utilizador de drogas", existe uma transferência de discurso e isto para mim é uma caso de sucesso! Ok a minha identidade passa por ali, passou muito tempo, mas não é aquilo assim! A minha identidade é outra coisa. Para mim, isto é sucesso. Sei que isto é uma tópica muito psicológica, só. Mas é a minha leitura! As pessoas aprendem a cuidar de si, isso acontece aqui dentro! Eu faço essa figura ridícula de gritar "Não se cospe no chão!". Ainda ontem gritei com 2 pessoas "O que é isso? Estás aonde? Em lado nenhum deves fazer!". Todo o sucesso é relativo.